

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2014年 第1期
(总第52期)

上海市卫生发展研究中心

2014年2月10日

编者按 卫生总费用核算是国际上衡量卫生筹资的宏观指标，上海市卫生发展研究中心于2008年启动该项工作，目前已将卫生总费用核算纳入常规核算工作，并同步开展了外来就医、卫生人力成本分析等相关子课题研究。本期刊登了2012年上海市卫生总费用核算结果，分析了本市外来就医的基本情况以及对上海市医疗服务体系的影响，介绍了本市卫生人力成本筹资机制和各级各类医疗卫生机构人力成本总量、人均水平和成本构成情况；同时，对新加坡医疗卫生体系的概况进行了介绍，并提出政策建议。谨供领导和同志们参阅。

1959



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第7卷第1期(总第52期)
2014年2月10日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路1477号801室
邮编: 200040
电话: 021-22121625
传真: 021-22121879
E-mail: shdrc_work@163.com
网址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林(常务)
丁汉升
编辑部主任: 王贤吉
编 辑: 信虹云 彭 颖
高广文 吕伟波
校 对: 陆文婷 王 瑾

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目 次

专题研究

2012年上海市卫生总费用核算研究····· 1

浅析外来就医对上海市医疗服务体系的影响····· 16

上海市公立医疗卫生机构人力成本分析····· 27

他山之石

新加坡医疗卫生体系的概况及借鉴启示····· 42

2012年上海市卫生总费用核算研究

金春林^{1,2} 李 芬¹ 王力男¹ 王常颖¹ 丁汉升¹ 胡善联¹

【摘要】 卫生总费用核算是国际上衡量卫生筹资的宏观指标，上海市自2008年启动该项工作，并已将卫生总费用核算纳入常规核算工作。2012年，上海市卫生总费用（来源法）已达到1092.4亿元，占GDP的比重为5.4%，人均卫生总费用为4589元。从筹资结构来看，政府卫生支出占21.3%，社会卫生支出占59.2%，个人现金卫生支出占19.5%。总体来说，近年来上海市卫生筹资呈现充足程度提高、筹资结构相对合理、可持续性较好的特点，但同时面临筹集资金使用率不足、部分人群医疗负担过重等问题，建议通过合理引导和控制卫生总费用增长，统筹卫生资金，提高资金使用效率，针对重点人群“靶向”减负等措施，切实减轻居民医疗负担，提高居民健康水平。

【关键词】 卫生总费用；筹资；个人现金卫生支出

卫生总费用核算是全面考核和估算某一特定国家（或地区）的居民在一定时间内为促进健康所消费或使用的所有产品和服务的重要工具。卫生总费用核算结果从宏观层面反映卫生筹资机制，揭示卫生资金在不同环节的流向及其内部构成。近年来，卫生总费用核算已在世界各国开展，我国除开展国家级核算外，国家卫生和计划生育委员会要求各省（市、自治区）开展省级核算。上海市自2008年启动该项工作，已经形成了12年时间序列结果。

第一作者：金春林，男，上海市医学科学技术情报研究所所长，上海市卫生发展研究中心常务副主任，上海市人口与发展研究中心主任、研究员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所、上海市卫生发展研究中心，上海 200040
2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

一、资料与方法

(一) 筹资

目前,我国卫生总费用核算体系以《国家卫生总费用核算体系》(2003年)为基础,将卫生总费用筹资来源分为“广义政府卫生支出”和“私人卫生支出”两大类,前者主要是政府投入和社会筹资(如医疗保障),后者主要为个人现金卫生支出和商业健康保险。为更确切反映卫生筹资特点和政府决策需要,本研究采用将卫生筹资来源分为“政府卫生支出”、“社会卫生支出”和“居民个人现金卫生支出”三大类的方法。政府卫生支出是由政府财政部门通过税收的方式筹集,它不仅包括政府对卫生事业的支出,也包括政府对社会医疗保障的财政支出;社会卫生支出是由医保部门、商业保险公司和其它除政府外的社会各界通过单位以及个人缴纳保费的方式筹集,主要包括社会医疗保障基金收入、商业健康保险费、社会办医支出及其他社会筹资渠道对卫生的投入等;居民个人现金卫生支出是居民在接受医疗卫生服务时直接支付的费用。上海市卫生资金多头管理,财政投入由上海市财政局、上海市申康医院发展中心和上海市卫生和计划生育委员会(以下简称“上海市卫生计生委”)管理,医保项目主要由上海市人保局医保办管理,新农合由上海市卫生计生委管理,此外,少量补充医疗保险、医疗救援救助项目由市民政、市红十字会、市残联、市总工会慈善总会等机构管理。

(二) 分配

我国卫生总费用机构流向核算分类系统主要是依据经济合作与发展组织(简称:经合组织)(OECD)《国际卫生核算账户的数据收集制度(第一版)》与我国现行卫生服务管理体制建立的,主要分为以下6个部分:医院费用、门诊机构费用、药品及其他医用品零

售机构费用、公共卫生机构费用、卫生行政和医疗保险管理机构费用，以及其他卫生费用（包括医学科研机构、干部培训机构、社会固定资产投资等）。

二、结果

（一）筹资

1、筹资总量变化情况

2012年上海市卫生总费用（来源法）1092.4亿元，占GDP的比重为5.41%，略高于世界卫生组织对发展中国家的推荐比例5%；人均卫生筹资4589元。其中，政府卫生支出占21.3%，社会卫生支出占59.2%，个人现金卫生支出（OOP）占19.5%，筹资特点是以社会卫生支出为主。

2001-2012年，卫生总费用和人均卫生总费用呈持续增长趋势，卫生总费用占GDP的比重自2009年起增速较快，于2012年达到历史最高水平，并首次超过5%。2012年卫生总费用较2011年增长19.9%，环比增长速度也达到历史最高。2001-2012年卫生总费用从202.6亿元增长到1092.4亿元，年均增长速度14.4%（增长速度均以2001年为基准的可比价格计算，下同），比GDP年均增长速度快3.4个百分点。11年间平均卫生消费弹性系数为1.26，卫生总费用增速均高于GDP增速（表1，图1）。

2、筹资构成变化情况

按照国内口径（图2），上海市卫生筹资以社会卫生支出为主，占比呈上升趋势，政府卫生支出占比和OOP占比总体逐年缓慢下降。政府卫生支出总量逐年增长，但增速略低，2012年占总费用比例由2011年的23.2%降低至21.3%；社会卫生支出占比除2001年低于50%以外，2002-2012年保持在53.9~59.2%之间，2012年达到历

史最高 59.2%； OOP 总体呈下降趋势， 2012 年为 19.5%。

表 1 2001-2012 年上海市卫生总费用（来源法）时间序列表

年份	上海市生产总值(GDP)*		卫生总费用(STEH)		卫生总费用 占 GDP 比例 (%)	人均卫 生总费 用 (元)	卫生消 费弹性 系数**
	名义值 (亿元)	增长速度 (上年=100)(%)	名义值 (亿元)	增长速度 (上年=100)(%)			
2001	5210.1	—	202.6	—	3.9	1232.5	—
2002	5741.0	11.3	220.3	9.8	3.8	1356.0	0.9
2003	6694.2	12.3	266.2	16.4	4.0	1555.8	1.3
2004	8072.8	14.2	315.5	12.2	3.9	1810.9	0.9
2005	9247.7	11.4	362.1	11.6	3.9	2036.3	1.0
2006	10572.2	12.7	401.5	9.3	3.8	2211.8	0.7
2007	12494.0	15.2	485.7	17.9	3.9	2613.8	1.2
2008	14069.9	9.7	559.8	12.3	4.0	2964.5	1.3
2009	15046.5	8.2	656.7	18.7	4.4	3417.8	2.3
2010	17166.0	10.3	752.0	10.7	4.4	3265.7	1.0
2011	19195.7	8.2	931.0	19.8	4.9	3966.0	2.4
2012	20181.7	7.5	1092.4	20.0	5.4	4588.9	2.7

注：*上海市生产总值（GDP）名义值来源于《上海市统计年鉴 2013》。

**卫生消费弹性系数反映卫生总费用增长速度与国内生产总值增长速度间的比例关系。

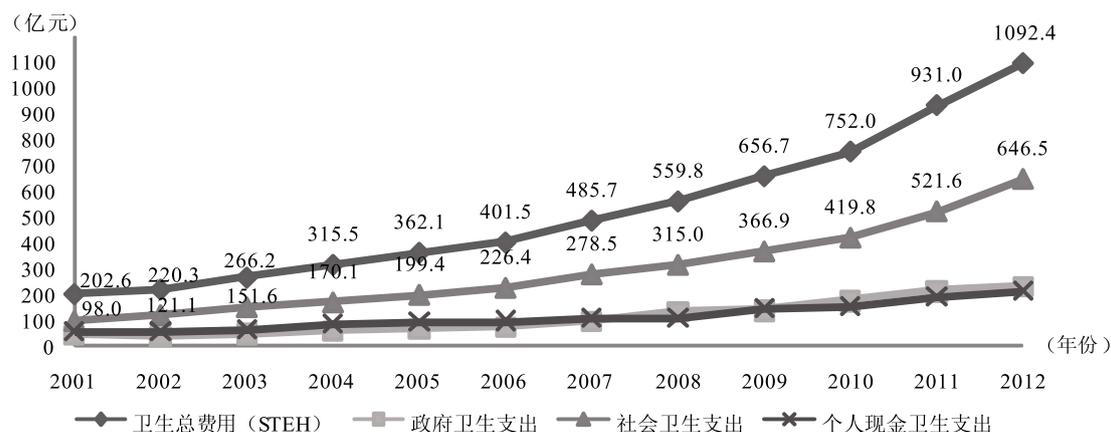


图 1 2001-2012 年上海市卫生总费用（来源法）增长趋势

按照国际口径（图 3），2001 年来上海市的广义政府卫生支出（主要包括狭义政府卫生支出和社会保障支出）占比逐渐升高，由 2001 年的 66.2% 增长到 2012 年的 75.0%；私人卫生支出（主要为 OOP 和商业健康保险支出）占比总体下降，尤其自医改以来下降趋势明显，2012 年达到最低，为 25.0%。

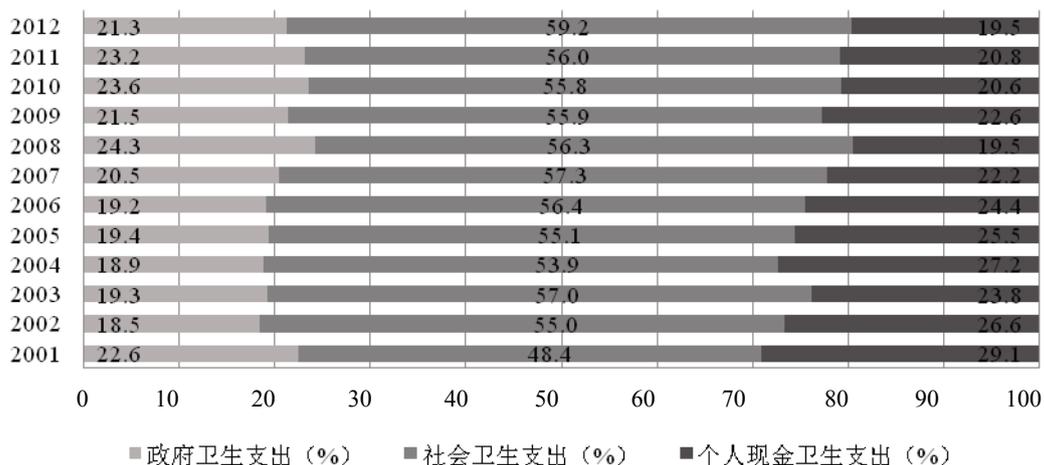


图2 2001-2012年上海市卫生总费用筹资构成（国内口径）

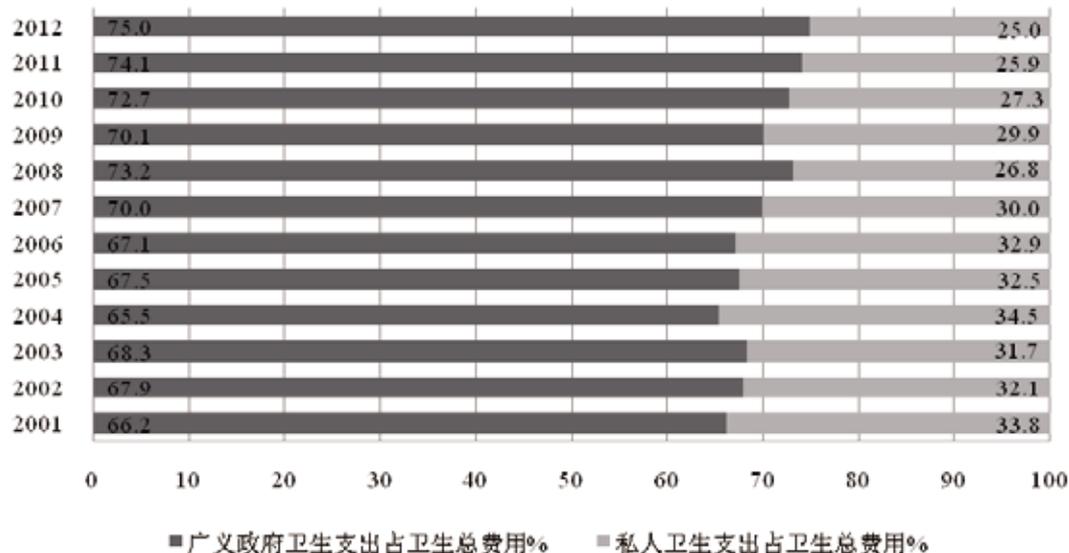


图3 2001-2012年上海市卫生总费用筹资构成（国际口径）

（二）主要筹资渠道

1、政府卫生支出

2001-2012年，政府卫生支出总量从45.7亿元增长到232.5亿元，年均增长率为13.8%；2012年政府卫生支出占财政支出和GDP的比例分别为5.56%和1.15%，其中占GDP比例达到历史最高水平（图4）。新医改以来，政府卫生支出总量明显增加，自2009年到2012年由141.3亿元增长到232.5亿元，占财政支出的比例也逐年提高，符合医改增加政府卫生投入的要求；但其增速变缓、增幅逐年减少，

2010年、2011年环比增长率分别达到了21.2%和17.8%，2012年环比增长率仅为10.2%（按可比价格计算）。

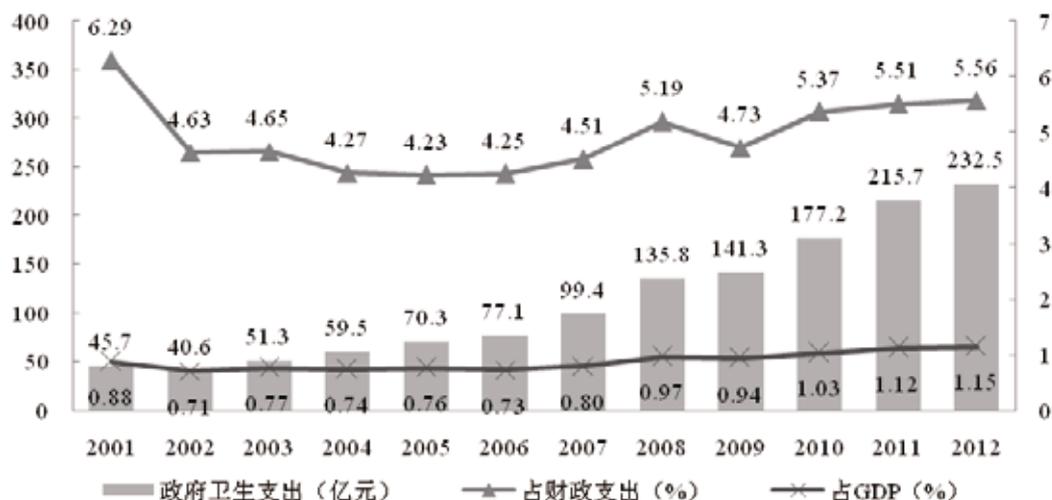


图4 2001-2012年上海市政府卫生支出主要评价指标

政府卫生支出中，医疗卫生服务支出151.8亿元，占政府卫生支出的65.3%；主要流向公立医院、基层医疗卫生机构和公共卫生机构，投入资金分别为66.3亿元、31.5亿元和25.0亿元，其中，对基层医疗卫生机构的投入2012年比2011年增长了10亿元，增幅达52.1%；同期公立医院增长1.08亿元，增幅1.6%。说明政府加大了对基层的投入。

政府对各类医疗保障的投入为52.2亿元，占政府卫生投入的22.4%，其中为行政和事业单位缴纳医保费用16.6亿元，居保财政投入14.9亿元，比2011年增加投入1.6亿元，因其参保人员增加了12.8万人；新农合9.2亿元，比2011年减少2.3亿元，因其参保人员减少了34万人。

2、社会卫生支出

2001-2012年，上海市社会卫生支出总量从98.0亿元增长到646.5亿元，年均增长率达16.5%，在3个主要筹资来源中增长最快（图5）。从构成来看，社会卫生支出中绝大部分为社会医疗保障支出，

2003-2007年占比降至80%以下,2008-2012年均保持在80%以上,其中2012年增长至85.4%。其次是商业健康保险支出,其占比近两年呈下降趋势,2012年约为8.9%。其他社会卫生支出中,社会办医支出2012年占比5.4%,比2011年下降了3.0个百分点。

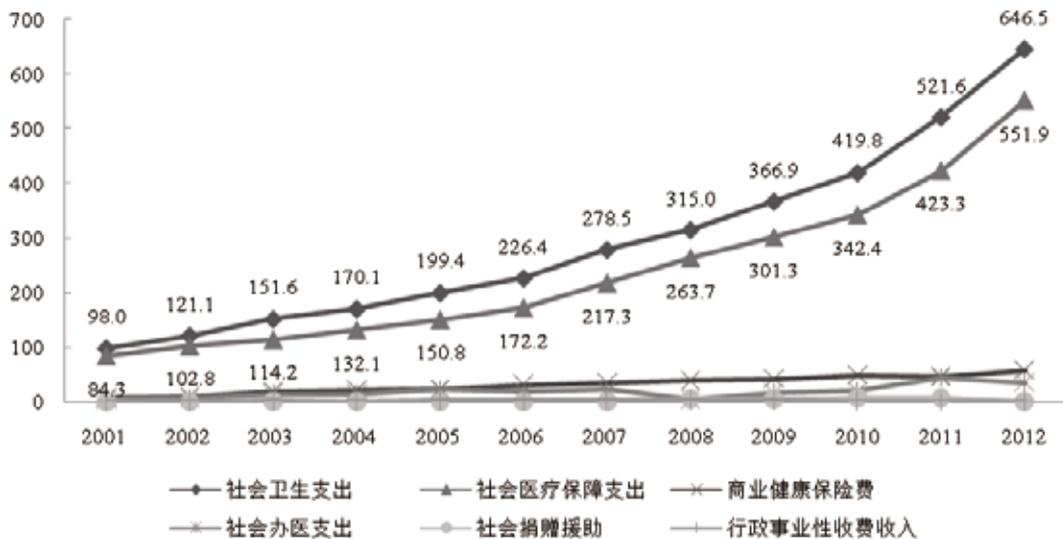


图5 2001-2012年上海市社会卫生支出变化趋势(单位:亿元)

与2011年比较,2012年社会卫生支出增加124.9亿元,全部是由于社会保障支出增加引起,增长128.6亿元;商业健康保险、社会办医支出减少。社会医疗保障支出中,城镇职工医疗保险单位和个人缴费增长113.3亿元(不包括政府对行政和事业单位职工医保的投入),主要是由于筹资水平增加引起的。根据上海市人力资源和社会保障局公布数据,2012年上海市城保筹资总额为539.7亿元,参保人数1299万人,人均筹资4154元;2011年筹资总额419.7亿元,参保人数1262.3万人,人均筹资3325元。固定参保人数,单纯由于筹资水平提高可增加基金104.7亿元,对城保基金增长的贡献率是87.3%。可见,社会卫生支出增加主要是由于缴费基数(人均收入水平)提高引起,增长的可持续性较高。然而,值得注意的是,城保基金2012年结余176.3亿元,比2011年结余增加83.1亿元;

其中，统筹基金、个人账户分别结余 75.8 亿元、100.5 亿元。

3、个人现金卫生支出（OOP）

2001-2012 年，上海市 OOP 总量从 58.9 亿元增长到 213.4 亿元，年均增长率为 10.3%，在 3 大筹资渠道中增长最慢。从 OOP 占卫生总费用的比重来看，除 2008 年达到历史最低水平 19.5% 以外，2001-2012 年间在 20%~30% 范围内不断波动，2012 年有所回落，为 19.5%。OOP 占卫生总费用的比例不高，但费用负担人群间不均衡。按病种分类，对 2011 年的以出院者平均医疗费用排序，出院次均费用前 100 顺位病种中，肿瘤占 26%，循环系统疾病占 15%，损伤和中毒占 15%。2010 年上海市人口普查结果显示：60 岁以上人口占常住人口比例为 15.1%，但其住院费用占总住院费用比为 39.1%。因而，即使在低 OOP 占比的情况下，由于医保报销范围有限、红发票，使部分老年人、经济困难人群、大病患者还存在“看病贵”问题。

（三）比较分析

1、与全国及部分省市比较

比较 2012 年部分省市卫生筹资水平可发现：不同地区人均卫生费用、卫生总费用差异较大，经济发达地区人均筹资水平普遍高于欠发达地区，上海人均卫生总费用为 4589 元，在各省市中居第二名，仅次于北京的 5751 元，是江西人均筹资水平的 3.14 倍，全国人均卫生总费用为 2057 元；从各地卫生总费用占 GDP 的比例来看，全国水平为 5.36%，最高的为西藏，达到了 9.13%，北京 2012 年也达到新高，为 6.66%，上海占比则与中部地区相当，达到 5.41%。（图 6）。

从筹资结构来看，城镇化程度高的直辖市及社会经济发展水平较高的地区社会卫生支出占比高，如上海、北京、浙江等地。2012 年，全国社会卫生支出占比为 35.6%，上海最高，北京次之；全国政府卫生投入占比为 30.0%，西藏最高，江西次之，而上海、浙江、

北京均处于低位。全国个人现金卫生支出占比为 34.4%，除西藏由于其地广人稀财政投入相对较高外，上海最低，北京次之（图 7）。

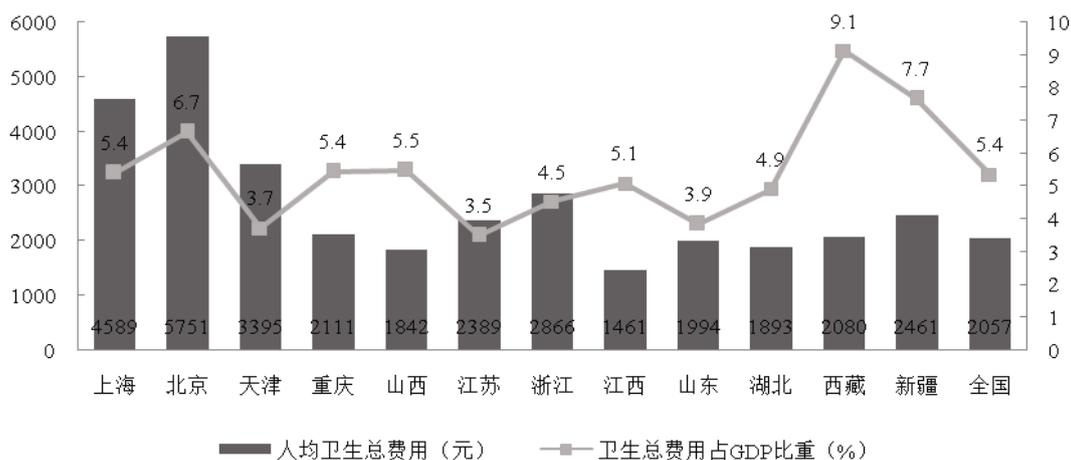


图 6 2012 年全国及部分地区卫生筹资水平

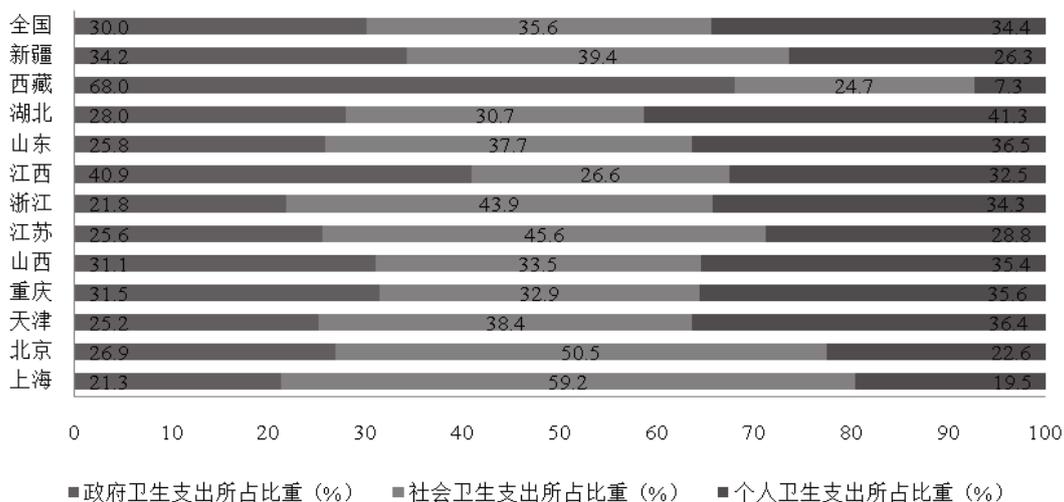


图 7 2012 年全国及部分地区卫生筹资结构

2、与台湾、香港地区及部分国家比较

2011 年，香港地区财政年度医疗卫生总费用为 934.3 亿港元（约合 120.5 亿美元），占 GDP 比重为 5.1%，人均本地医疗卫生总费用为 13302 港元（约合 1716 美元），广义政府卫生支出占比为 48.7%。

台湾地区 2011 年医疗保健支出总额为 307.5 亿美元，占 GDP 比例为 6.6%，人均医疗支出为 1326 美元，公共部门医疗保健支出（等同于广义政府卫生支出）占比为 57.3%。

与其他国家和地区比较，2012年上海市卫生总费用占GDP比重低，仅高于香港和中国内地，但广义政府卫生支出处于中等水平，与芬兰、法国、德国等高福利国家相当（表2，表3）。

表2 2001-2011年部分国家和地区卫生总费用占GDP比重(%)

国家/地区	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
澳洲	8.2	8.4	8.3	8.6	8.5	8.5	8.6	8.8	9.0	8.9	--
中国内地	4.6	4.8	4.8	4.7	4.7	4.6	4.4	4.6	5.1	5.0	5.2
香港*	5.1	5.3	5.2	5.5	5.1	4.9	4.8	4.7	5.0	5.2	5.1
日本	7.8	7.9	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5	9.6	--
新西兰	7.7	8.0	7.9	8.0	8.4	8.8	8.5	9.3	10.0	10.2	10.3
新加坡	2.4	2.9	3.8	3.4	4.0	3.9	3.7	4.5	5.1	4.5	4.6
南韩	5.0	4.8	5.2	5.2	5.6	6.1	6.4	6.6	7.1	7.3	7.4
台湾	5.9	6.0	6.1	6.2	6.2	6.3	6.2	6.5	6.9	6.5	6.6
丹麦	9.1	9.3	9.5	9.7	9.8	9.9	10.0	10.2	11.5	11.1	10.9
芬兰	7.4	7.8	8.2	8.2	8.4	8.3	8.0	8.3	9.2	9.0	9.0
法国	10.2	10.6	10.8	11.0	11.0	11.0	10.9	11.0	11.7	11.7	11.6
德国	10.5	10.7	10.9	10.7	10.8	10.6	10.5	10.7	11.8	11.5	11.3
意大利	8.1	8.2	8.2	8.5	8.7	8.8	8.5	8.9	9.4	9.4	9.2
挪威	8.8	9.8	10.0	9.6	9.0	8.6	8.7	8.6	9.7	9.4	9.3
西班牙	7.2	7.3	8.2	8.2	8.3	8.4	8.5	8.9	9.6	9.6	9.3
瑞典	8.9	9.2	9.3	9.1	9.1	8.9	8.9	9.2	9.9	9.5	9.5
瑞士	10.3	10.6	10.9	11.0	10.9	10.4	10.2	10.3	11.0	10.9	11.0
英国	7.3	7.6	7.8	8.0	8.3	8.4	8.5	9.0	9.9	9.6	9.4
加拿大	9.3	9.6	9.8	9.8	9.8	10.0	10.0	10.3	11.4	11.4	11.2
美国	14.3	15.2	15.7	15.8	15.8	15.9	16.2	16.6	17.7	17.7	17.7

注：* 香港特别行政区的数字是按财政年度计算，指所列出年份的3月31日之前过去12个月（例如2011的数字是指2010年4月至2011年3月或2010年11月），下同。

资料来源：除特别注明外，数字均来自 OECD.Stat 网页，检索日期 2013 年 9 月 11 日；香港特别行政区数字来自香港本地医疗卫生总开支帐目 1989/09-2010/11；台湾数字来自台湾“行政院卫生署”，检索日期 2013 年 9 月 11 日；新加坡数字来自 National Health Accounts, World Health Organization，检索日期 2013 年 9 月 11 日。

表3 2001-2011年部分国家和地区广义政府卫生支出占卫生总费用比重(%)

国家和地区	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
澳洲	66.3	66.9	66.1	66.7	66.9	66.6	67.5	67.9	68.5	67.8	--
中国内地	35.6	35.8	36.2	38.0	38.8	40.7	46.9	49.9	52.5	54.3	55.9
香港	54.9	56.9	57.5	57.7	54.4	52.3	50.5	49.2	49.3	49.8	48.7
日本	81.4	81.3	80.4	80.8	81.6	79.4	80.4	81.4	81.5	82.1	--
新西兰	76.4	77.9	78.3	79.6	79.7	80.1	82.4	82.8	83.0	83.2	82.7
新加坡	37.4	37.2	35.4	30.7	25.7	25.3	25.3	27.4	31.2	31.4	31.0
南韩	56.1	55.0	52.6	52.9	53.3	54.8	55.1	54.8	56.7	56.5	55.3
台湾	61.3	60.4	60.2	58.9	56.9	57.3	57.7	57.2	57.5	57.0	57.0
丹麦	84.2	84.5	84.5	84.3	84.5	84.6	84.4	84.7	85.0	85.1	85.3
芬兰	72.0	72.5	72.8	73.3	73.8	74.8	74.4	74.5	75.2	74.8	75.4
法国	79.4	79.7	77.8	77.7	77.7	77.2	77.3	76.8	77.0	76.9	76.8
德国	79.3	79.0	78.5	76.8	76.6	76.4	76.4	76.4	76.8	76.7	76.5
意大利	75.9	75.9	76.2	77.4	77.9	78.2	78.3	78.9	78.9	78.5	77.8
挪威	83.6	83.5	83.7	83.6	83.5	83.8	84.1	84.4	84.6	84.7	84.9
西班牙	71.2	71.3	70.2	70.5	70.9	71.6	71.9	73.0	74.7	74.2	73.0
瑞典	81.1	81.4	82.0	81.4	81.2	81.1	81.4	81.5	81.5	81.5	81.6
瑞士	56.9	57.7	58.3	58.4	59.5	59.1	59.1	65.2	65.5	65.2	64.9
英国	79.1	79.4	79.5	81.0	80.9	81.3	80.2	81.1	82.6	83.5	82.8
加拿大	70.0	69.5	70.2	70.3	70.2	69.8	70.2	70.5	70.9	70.8	70.4
美国	44.0	43.9	43.8	44.1	44.2	45.0	45.2	46.0	47.2	47.6	47.8

(四) 卫生总费用分配情况

目前我国卫生总费用机构流向核算分类系统主要是依据经合组织(OECD)《国际卫生核算账户的数据收集制度(第一版)》与我国现行卫生服务管理体制建立的,主要分为以下6个部分:医院费用、门诊机构费用、药品及其他医用品零售机构费用、公共卫生机构费用、卫生行政和医疗保险管理机构费用,以及其他卫生费用(包括医学科研机构、干部培训机构、社会固定资产投资等)。

1、分配总额情况

2012年,上海市卫生总费用(机构法)为1265.3亿元,其中医疗机构费用为1046.0亿元,占比达82.7%,其中,医院和基层医

疗卫生机构分别占比 69.8% 和 12.9%；公共卫生机构费用为 40.5 亿元，占比 3.2%（图 8）。然而，上海市外来就医数量较多，2012 年发生在医疗卫生机构的费用为 135 亿元，剔除外来就医费用后，医院、基层医疗卫生机构和公共卫生机构占比分别为 66.4%、14.2% 和 3.6%，基层医疗卫生机构和公共卫生机构占比略有提高（图 9）。

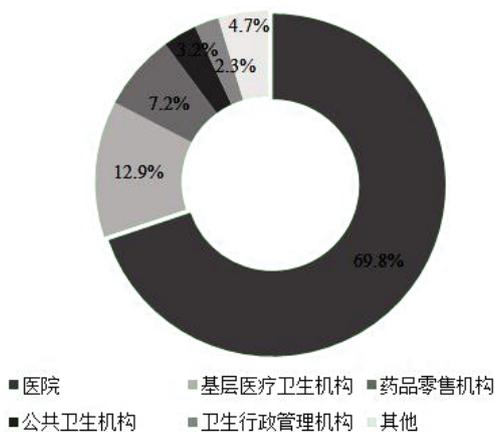


图 8 2012 年上海市卫生总费用机构分配情况

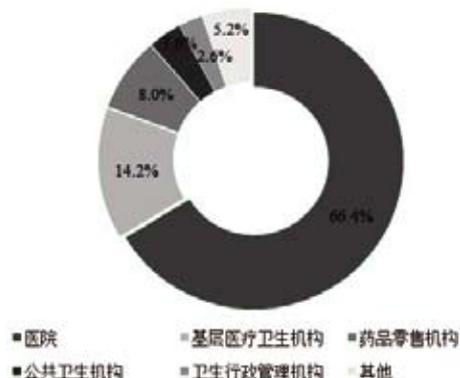


图 9 2012 年上海市常住居民卫生总费用分配情况

2、分配流向变化

2001-2012 年，上海市卫生总费用约 80% 流向医疗机构，2011 年、2012 年增加部队医院费用，医院费用占比因数据口径调整而增加；公共卫生机构分配总额占比在 3.2% 左右浮动，降幅较大（图 10）。

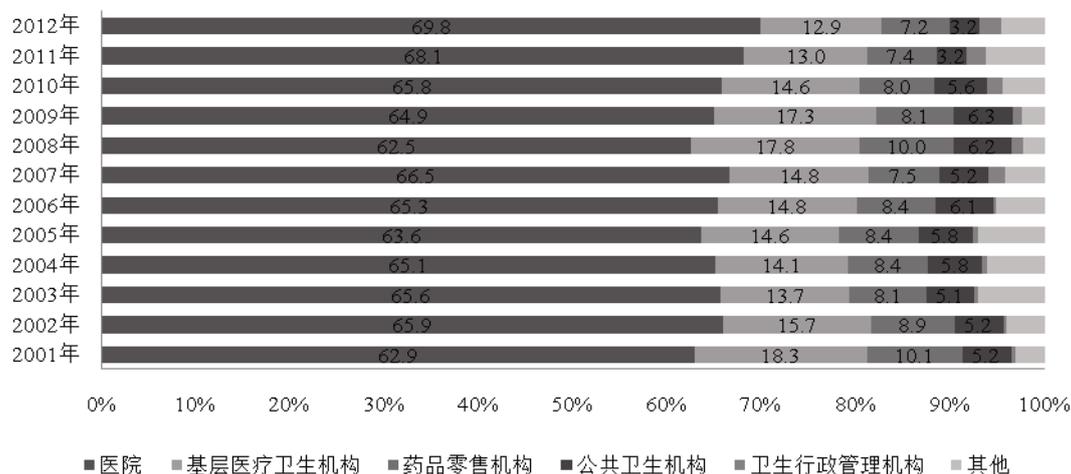


图 10 2001-2012 年上海市卫生总费用分配构成

注：2011 年起卫生总费用机构法核算纳入部队医院数据。2011 年部队医院费用为 67.8 亿元，占当年机构法卫生总费用的 6.1%；2012 年部队医院费用为 71.6 亿元，占当年机构法卫生总费用的 5.66%。

三、讨论

(一) 卫生筹资充足程度提高，但筹集资金使用率不足

上海市卫生筹资充足程度进一步提高。2012 年卫生总费用占 GDP 比例为 5.41%，与全国平均水平基本持平，首次达到世界卫生组织提出的“发展中国家卫生总费用占 GDP 比例不低于 5%”的要求。北京等省市核算结果也显示卫生总费用占 GDP 比例增幅较大，出现同一变化趋势，北京达到 6.7%。2001-2012 年，卫生筹资总额呈持续增长趋势，年均增长率 14.4%，高于同期 GDP 增长率约 3.4 个百分点。从筹资渠道来看，政府卫生支出和社会卫生支出均有进一步增长，其中 2012 年政府卫生支出占财政支出的比重为 5.56%，也达到历史高点。

尽管上海市卫生筹资充足程度提高，但同时却存在筹集资金使用率不足的问题。2012 年上海市卫生资金约有 16% 处于“休眠”状态，其中主要是社会保险资金结余（约 178 亿元），而 2011 年结余资金约为 93 亿元，资金结余率提高。结余资金主要是城保基金，统筹基

金结余占卫生总费用的 7%，个人账户结余占卫生总费用的 9%；当年结余资金占医保基金的 32.7%^{*}；而发达国家医疗保险风险储备金率一般不超过当年的 15%^[1]。医保基金结余率高与我国实行的“统账结合”制度不无关系，将医保基金的一部分划入统筹账户，建立资金池，一部分划入个人账户，变成个人医疗储蓄金，用意在于强制储蓄和规避风险，但另一方面也导致了医保基金“用不掉”的尴尬局面。

（二）卫生总费用筹资结构较合理，但需进一步关注资金分布

上海市筹资总体结构较为合理，以社会筹资为主，2012 年社会卫生支出占总费用的比重达到 59.2%，为近 12 年来最高点，在一定程度上说明上海市医疗保障体系较为稳定。这与我国不同省市经济发展水平、卫生筹资结构的普遍规律相一致：经济发展欠发达地区政府投入较多，而城镇化水平高的地区则以社会支出为主。但同时需要注意的是，上海市不同医疗保险的筹资水平和保障水平差异较大，医保人均筹资将近 4200 元，而居保和新农合分别约为 1000 元和 1200 元。

政府财政加大了对基层医疗机构的支出力度，但总体来看政府投入略显不足。2012 年政府卫生支出总量增长，但较 2011 年政府投入占卫生总费用比例下降了约 2 个百分点。此外，OOP 总体占比较低，但其在人群间的分布不一致，部分人群（如老龄、重大疾病等）仍可能存在医疗负担较重的情况^[2]。

（三）卫生总费用筹集可持续性较好

一方面，上海市卫生总费用筹资以社会卫生支出为主，而社会卫生支出中又以社会医疗保障支出为主，近年来始终维持稳步增长

注：^{*}数据根据上海市人力资源和社会保障局《2011 年度本市社会保险基本情况》、《2012 年度本市社会保险基本情况》计算得出。

的趋势，在3个筹资渠道中领跑增长；另一方面，三大基本医疗保险中，城保参保人员约占78%，基金收入约占3大基本医疗保险基金收入的94%、占卫生总费用的50%；而2012年城保基金增长约87%是由于人均工资水平增长（缴费基数）引起的，由此可见，上海市卫生总费用增长的可持续性尚可。

（四）卫生资金主要流向医院，基层和公共卫生机构占比小

上海市发生在医院的卫生费用在卫生总费用中占比大。2012年医院卫生费用占机构法卫生总费用的69.8%，除去外来就医的影响，发生在医院费用仍占总费用的66.4%；而基层和公共卫生所占比例减少。本轮医改要求基本医疗服务重心下沉社区，从医疗机构卫生总费用流向来看并未达成目标。据基层医疗机构人员反映，家庭医生制度软签约吸引了部分“忠实”居民（患者），但软签约对诊疗秩序的约束不大；而近年来实施的基本药物制度又导致部分患者返流至医院。

参考文献

- [1] 李常印，郝春彭，李静湖，等.基本医疗保险基金结余及动态平衡[J].中国医疗保险，2012，6：35~38.
- [2] 金春林，王力男，李芬.上海市卫生总费用来源法与机构法核算结果差异原因分析[J].中国卫生经济，2013，32（8）：17~19.

（编辑：彭颖）

浅析外来就医对上海市医疗服务体系的影响

王力男¹ 李 芬¹ 王常颖¹ 陈 雯² 谢之辉² 金春林^{1,3}

【摘 要】 上海市作为区域医疗服务中心接受了大量外来就医患者。2012年，上海市外来就医出院人数占全市出院人数的22.7%，住院费用占比达到26.2%，外来患者主要来源于江苏、浙江、安徽等省份，主要流向三级医院，次均医疗费用负担普遍高于全市平均水平。外来就医一方面客观上推动了上海的社会经济发展，增加了医疗机构收入，促进医疗技术水平和资源配置效率提升；另一方面也对本地居民的医疗服务可及性造成了一定影响，触及到医疗服务的公平性等问题。

【关键词】 外来就医；现状分析；影响

近年来患者到境外/外地求医的现象越来越普遍。欧盟将患者出境到别国就诊的现象称为跨境就医（Cross-Border Healthcare）或流动就医（Healthcare Mobility）^[1]。我国在社会医疗保险范畴内，将参保人在其参保统筹地区以外发生的就医行为称为异地就医^[2]。本文从属地的角度出发，将外省市来沪就医的患者（无论其是否有医保）简称外来就医^[3]。

一、资料与方法

本数据采集自上海市卫生局信息中心，按照原卫生部颁发的《2010年国家卫生统计调查制度》的统计口径汇总，选取主要提供医疗服务的医疗机构，包括医院（含部队医院）、主要基层医疗卫生

第一作者：王力男，女，研究实习员，上海市医学科学技术情报研究所、上海市卫生发展研究中心

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所、上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市卫生局信息中心，上海 200040

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

机构（社区卫生服务机构、门诊部）和部分专业公共卫生机构（妇幼保健机构、专科疾病防治机构）。相关数据涉及到的报表有卫生机构年报表－医院类、卫生机构年报表－社区卫生服务中心、医疗机构月报表和医院出院患者调查表。利用上海市 2012 年度卫生统计调查数据，采用描述性分析的方法，统计外来就医患者的人口社会学特征、数量、就诊流向和费用情况。

据样本医院门诊部调研显示，门急诊由于数量庞大，在外地患者的认定上一般以有无医保卡为标准，而部分本地患者由于忘带医保卡或某些医疗保障类别（如大学生医保、新农合参保人员在三级医院就医等）要求先付费后报销，被误认为外地患者。样本医院住院部相关人员则表示，在住院外地患者的认定上相对准确，除通过患者医保卡识别外，还询问患者在本市是否缴纳医保、是否具有本市户籍确定是否为外地患者；并且在办理住院和出院手续时，与患者核对相关信息。综上，本研究关于上海市外来就医现状的数据中，住院数据相对来说准确性较高，而门急诊数据仅供参考。

二、结果

（一）外来就医总量情况

近年来，以寻求住院医疗为主的来沪外来就医患者数量较大。2012 年，上海外来就医出院人数达到 66.1 万，占全市出院人数的 22.7%。其中，三级医院住院外来就医占比最高（30.9%），妇幼保健机构次之（28.4%），而社区卫生服务机构出院人数中，外来就医占比仅为 10.6%。从门急诊人次来看，全市医疗机构外来就医占比为 4.5%，其中占比最高的为三级医院（8.4%），妇幼保健机构次之（8.1%），与外来住院占比结构基本保持一致（表 1）。

表 1 2012 年上海市外来就医服务量及其占比

医疗机构	门急诊人次			出院人数		
	外来 (万人次)	全市 (万人次)	外来占比 (%)	外来 (万人)	全市 (万人)	外来占 比 (%)
医院	778.72	12882.47	6.04	62.69	272.15	23.04
其中：三级*	563.12	6696.93	8.41	47.50	153.57	30.93
二级	200.46	5394.05	3.72	13.70	107.06	12.80
社区卫生服务机构	142.95	7331.92	1.95	1.08	10.20	10.59
门诊部	1.36	457.77	0.30	-	-	-
妇幼保健机构	19.74	242.68	8.13	2.37	8.35	28.38
专科疾病防治机构	4.97	153.44	3.24	0.00	0.15	0.00
合计	947.7	21068.3	4.5	66.14	290.85	22.74

注：* 市属三级医院，如口腔医院、国际和平妇幼保健院等归类到三级医院

从医疗费用来看，2012 年外来就医医疗费用占全市医疗总费用 15.6%，其中外来门诊费用占比 6.6%，外来住院费用占比为 26.2%。与就诊量相一致，三级医院和妇幼保健机构外来就医住院费用占比较高，分别为 34.8% 和 23.0%（表 2）。

分科室来看外来就医出院人数，占比最高的为儿科，达到 64.8%，其中儿外科外来就医比例高达 81.2%，结核病科、特需科和口腔科外来住院就医患者比例均达到 50% 以上。根据卫生统计报表可统计的 33 家一级科室数据，外来就医占比超过 30% 的有 11 个（表 3）。此外，外科的外来就医占比虽然只有 28.0%，但外科中的二级科室整形科外来就医占比为 59.5%，心胸外科为 47.9%。

三级医院承载着大量的外来就医，从 2012 年 40 家三级医院外来住院就医占比数据来看，排在首位的上海东方肝胆外科医院，达到 80.1%，上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心和复旦大学附属儿科医院也均超过 70%（表 4）。

表 2 2012 年上海市外来就医费用及其占比

医疗机构	门急诊费用			住院费用			总费用		
	外来 (亿元)	全市 (亿元)	外来占 比(%)	外来 (亿元)	全市 (亿元)	外来占 比(%)	外来 (亿元)	全市 (亿元)	外来占 比(%)
医院	29.26	358.36	8.16	102.51	385.00	26.63	131.77	743.37	17.73
其中：三级	23.72	210.47	11.27	85.56	245.92	34.79	109.28	456.39	23.94
二级	4.70	119.93	3.92	13.53	119.29	11.35	18.23	239.22	7.62
社区卫生 服务机构	1.46	84.76	1.72	0.28	6.25	4.40	1.74	91.01	1.91
门诊部	0.05	18.91	0.26	-	-	-	0.05	18.91	0.26
妇幼保健 机构	0.39	5.78	6.75	0.85	3.69	23.00	1.24	9.47	13.08
专科疾病 防治机构	0.12	3.43	3.50	0.00	0.03	0.00	0.12	3.46	3.47
合计	31.3	471.2	6.6	103.63	394.97	26.24	134.90	866.22	15.57

表 3 2012 年上海市三级医院外来住院就医部分科室排序

序号	科室	外来住院(人次)	全市出院(人次)	外来占比(%)
1	儿科	62967	97188	64.79
2	结核病科	4326	8103	53.39
3	特需科	18929	36233	52.24
4	口腔科	5885	11372	51.75
5	运动医学科	692	1390	49.78
6	疼痛科	316	665	47.52
7	其他	51511	114898	44.83
8	肿瘤科	70014	168247	41.61
9	妇产科	113156	342869	33.00
10	皮肤科	2756	8838	31.18
11	全科医疗科	8213	26353	31.17

表 4 2012 年上海市三级医院外来出院患者占比排序

序号	医院名称	外来就医占比(%)
1	上海东方肝胆外科医院	80.12
2	上海儿童医学中心	77.26
3	复旦大学附属儿科医院	72.54
4	复旦大学附属肿瘤医院	65.09
5	上海长征医院	56.32
6	上海市儿童医院	55.55
7	复旦大学附属中山医院	53.07
8	上海市胸科医院	52.78
9	复旦大学附属眼耳鼻喉科医院	51.86
10	复旦大学附属华山医院	50.13

(二) 外来就医就诊流向

从服务量来看，外来就医主要集中在医院中的三级医院，以2012年住院为例，约71.8%的外来就医流向三级医院，各级医院占比达到94.8%。从费用流向来看，外来就医住院费用82.6%发生在三级医院，各级医院占比达到98.9%（表5）。

表5 2012年上海市外来就医机构服务量及费用流向

医疗机构	就诊流向		费用流向		
	门急诊流向 (%)	住院流向 (%)	门急诊费用流向 (%)	住院费用流向 (%)	就医总医疗费用流向 (%)
医院	82.17	94.78	93.57	98.92	97.68
三级	59.42	71.82	75.86	82.56	81.01
二级	21.15	20.71	15.03	13.06	13.52
社区卫生服务机构	15.08	1.63	4.67	0.27	1.29
门诊部	0.14	-	0.16	-	0.04
妇幼保健机构	2.08	3.58	1.25	0.82	0.92
专科疾病防治机构	0.52	0.00	0.38	0.00	0.09
合计	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

科室流向中，2012年排在前三的分别是外科、妇产科和内科，三个科室累计接收了56.5%的外来住院患者。外科中流向骨科（20.5%，骨科/外科*100%）和心胸外科（12.5%，心胸外/外科*100%）的外来就医患者数量较多，妇产科中妇科略高于产科，内科中流向肺科的外来就医者较多（16.6%，肺科/内科*100%），其他科室年出院人数均小于1万。排名前十的科室累计接收了94.0%的外来住院就医患者（表6）。

而从2012年39家三级医院外来住院患者的机构流向排序来看，排在前三位的为中山医院、瑞金医院和华山医院，排名前十的医院累计接受了55.8%的外来住院患者（表7）。

表 6 2012 年上海市外来住院患者科室流向

科室	外来出院人数（人次）	科室占比（%）	累计百分比（%）
外科	196221	27.41	27.41
妇产科	113156	15.81	43.21
内科	95177	13.29	56.51
肿瘤科	70014	9.78	66.29
儿科	62967	8.80	75.08
其他	51511	7.20	82.28
中医科	27158	3.79	86.07
眼科	22688	3.17	89.24
特需科	18929	2.64	91.89
耳鼻咽喉科	15256	2.13	94.02

表 7 2012 年三级医院外来出院患者数量排序

序号	医院名称	外地患者出院人数	占外来出院总数比例（%）	累计百分比（%）
1	复旦大学附属中山医院	41989	8.08	8.08
2	上海交通大学医学院附属瑞金医院	38348	7.38	15.47
3	复旦大学附属华山医院	31431	6.05	21.52
4	上海市第一人民医院	28474	5.48	27.00
5	复旦大学附属肿瘤医院	26484	5.10	32.10
6	上海长征医院	26022	5.01	37.11
7	上海市第六人民医院	24733	4.76	41.87
8	复旦大学附属儿科医院	24696	4.75	46.62
9	上海交通大学医学院附属新华医院	24194	4.66	51.28
10	上海交通大学医学院附属仁济医院	23583	4.54	55.82

（三）外来就医次均费用情况

次均费用直观反映患者的就医负担。从出院患者平均医疗费用来看，外来就医患者普遍高于全市平均水平。2012 年，三级医院外来就医门急诊和住院次均费用为 421.2 元和 18011.5 元，是同期全市次均费用 1.34 倍和 1.12 倍。值得说明的是，二级医院、妇幼保健机构和社区卫生服务机构外来就医次均费用均小于同期全市水平，2012 年三类机构住院次均费用分别为 9882.8 元、3575.3 元和 2536.9

元，分别是同期全市平均水平的 88.7%、80.9% 和 41.4%（表 8）。

表 8 2012 年外来就医次均费用与全市平均水平比较

医疗机构	门急诊次均费用		出院患者平均费用	
	外来（元）	全市（元）	外来（元）	全市（元）
医院	375.74	278.18	16351.59	14146.65
三级	421.22	314.28	18011.53	16013.54
二级	234.46	222.34	9882.81	11142.35
社区卫生服务机构	102.13	115.60	2536.86	6130.19
门诊部	367.65	413.09	-	-
妇幼保健机构	197.57	238.17	3575.32	4419.16
专科疾病防治机构	241.45	223.54	0.00	2043.65
合计	329.94	223.67	15666.62	13579.95

（四）外来就医患者人口学特征

根据住院病案首页患者现在居住地，梳理了外来就医患者的来源省份，发现江苏、浙江、安徽的患者居多，3 个省份占了 64%；其次为河南、四川、福建、山东、湖北、江西、湖南，7 个省份占了 25%。其余 21 个省（市、自治区）占比仅为 11%。提示患者流动与地理位置、交通状况关系密切；医保部门在这些区域开展区域间合作、联合监管能获得较高的成本效益（图 1）。

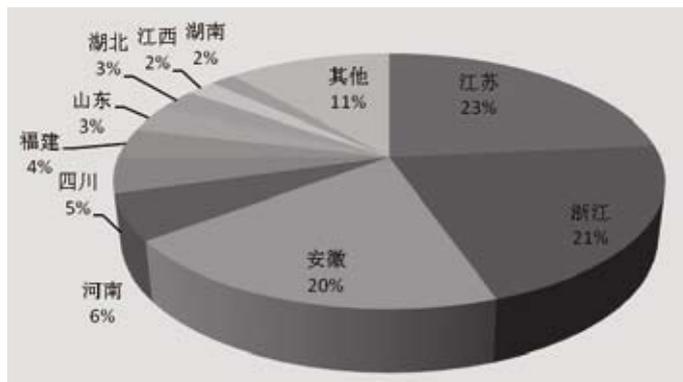


图 1 上海市外来就医住院患者来源地

（五）近年来外来就医变化

2010 年以来，上海市外来就医一直呈现以住院患者为主的特点，

出院人数中外来就医占比稳定在 20% 以上，住院费用占比在 22% 以上，之后有小幅上升，2013 年外来出院人数占比为 20.9%，费用占比为 25.1%。

从次均费用水平变化趋势来看，近年来外来就医和全市就医的次均费用均有所提高，且前者增长幅度高于后者。2012 年，外来就医住院总费用是 2010 年的 1.5 倍，增长率为 54.2%，远高于同期全市住院费用的增长 (33.4%); 2012 年住院次均费用是 2010 年的 1.17 倍，而同期全市住院次均费用是 2010 年的 1.15 倍。以三级医院为例，2012 年外来住院患者次均费用为 18011 元，是 2010 年的 1.1 倍，高于同期三级医院次均费用 1998 元 (表 9，图 2)。

表 9 2010-2013 年上半年上海市外来就医变化趋势

年份	门急诊人次 (万)			门急诊费用 (亿元)			出院人数 (万)			住院费用 (亿元)		
	外来	全市	占比	外来	全市	占比	外来	全市	占比	外来	全市	占比
2010	863.2	18858.5	4.6	25.1	378.0	6.6	50.3	251.6	20.0	67.2	296.0	22.7
2011	866.7	19964.9	4.3	28.0	423.2	6.6	60.4	268.0	22.5	91.2	340.1	26.8
2012	947.7	21068.3	4.5	31.3	471.2	6.6	66.1	290.9	22.7	103.6	395.0	26.2
2013 上半年	449.8	10640.3	4.2	15.5	256.2	6.1	30.2	144.8	20.9	51.7	205.6	25.1

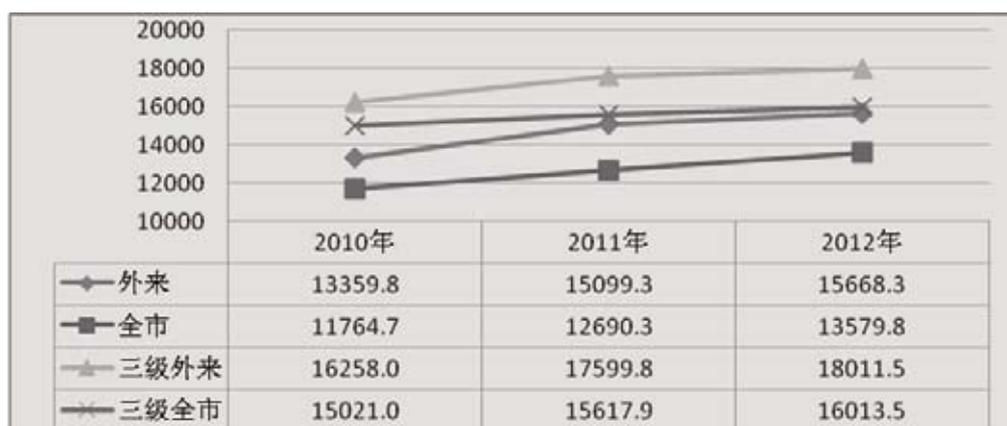


图 2 上海市外来住院患者次均费用变化趋势

三、讨论

患者流动有利于促进医院竞争，满足患者健康需求。对上海市

来说，外来就医患者对于推动经济和医院发展、提高医务人员技术水平和医疗资源使用效率具有积极意义^[4]。但我国医疗卫生机构、医疗保险均实行属地化管理，患者在来源地与目的地自由流动，而相关政策、管理制度没有统一，对医疗服务的规范和监管也提出一定挑战。

（一）推动社会经济发展，维持医疗机构正常运转

外来就医人员的医疗费用 2012 年为 135 亿元，约占全市医疗总费用的 16%；三级医院住院费用中外来就医约占 35%。可以说，外来就医患者的医疗费用是本市医疗机构维持运转、不可或缺的收入来源之一。此外，患者随行家属在沪消费，还能带动药品、医疗器械零售等医疗相关产业，以及餐饮和住宿、旅游、购物等周边服务发展，对于推动上海市社会经济发展起到重要的推动作用。例如，泰国在发展旅游医疗的基础上，积极开拓周边产业，如住宿、餐饮、旅游、SPA 等业务，带动其他产业发展，如泰国旅游业占泰国 GDP 的 6~7%，其中旅游就医占 GDP 的 0.4%^[5]。

（二）促进医疗技术水平和资源配置效率提升

医疗服务体系对其他国家和地区的集聚效应是衡量该地区医疗技术水平的重要方面之一，外来就医对建设亚洲医学中心城市起着重要的支撑作用。外来就医患者就医流向集中于三级医院的住院服务，尤其是具有特色专科的三级医院，这些患者多为疑难杂症，大大丰富了上海的病例数量与种类，有利于医务人员扩展医学知识和提高服务技能。外来就医患者由于病情的需要，往往会利用“高、精、尖”医疗仪器和设备，提高了高端设备的使用效率和边际效益。患者流动缓解了来源地医疗资源供给不足的压力，扩大了医保部门购买服务的选择范围。对临近省份地市相关人员的访谈显示，该地居

民得了重大疾病后，普遍前往上海等区域医疗中心救治，使当地可将更多资源用于经济发展。

（三）降低本地居民的医疗服务可及性

外来就医使用本市的医疗资源，势必对本地居民医疗服务利用产生影响：在总量上表现为本地居民可利用的医疗服务资源减少，在结构上表现为优质医疗资源的占用。部分特色专科床位尤为紧张，如肿瘤科、儿科等。大量国内知名的三级医院 50% 以上的床位数服务于外来就医患者。

（四）影响医疗服务的公平性

我国医疗保险制度划分统筹区域，基本医疗保险诊疗范围和目录、药品范围和目录、报销补偿比例均不相同，难以形成统一的管理制度。医疗机构服务当地医保患者，受到医保部门医疗费用审查、医保总额控制的双重压力，而服务外来就医患者面临的约束相对较少，使医疗机构的医疗行为发生变化。在同等条件下，往往优先服务外来就医患者，限制和推诿本地医保患者的现象屡有发生，加剧了本地医保患者“看病难”等问题。

我国医保实行属地化管理，对于流动就医患者，就诊地医保部门缺乏管理抓手和动力，来源地医保部门监管存在介入难、成本高等难题，对外来就医人员的医疗服务和费用监管在管理上是一个薄弱环节。比较医疗费用发现，外来就医患者的均次费用高于上海市同级别医院就诊患者的平均水平，可能与疾病种类、严重程度差异有关，但也不排除在对异地就医医疗行为监管薄弱的情况下，医院没有控制费用的动力，而抬高医疗费用的情况。

四、结论

外来就医在患者数量和医疗费用两方面都对上海市医疗服务体

系影响较大，一方面推动了上海市医疗技术和水平的提升，另一方面在某种程度上也降低了上海市本地居民的就医可及性和公平性。因此，上海市作为区域医疗中心，应对大量外来就医进行相应的规范和引导。首先，可先从医疗资源配置入手，在充分测算常住人口医疗需求的基础上，预留出一定的资源给外来就医，保证可及性。其次可从医疗保险管理入手，完善异地报销流程与审批，对确有需要的外来大病患者，加强医疗保险的跨地区保障力度，保证公平性。同时针对居民日益上涨的医疗服务需求(无论是本地还是外地患者)，一方面可结合转诊体系的构建等方法避免医疗服务过度利用，另一方面可依托社会办医来满足部分居民的高端医疗服务需求。

参考文献

- [1] Irene A. Glinos and Rita Baeten. A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union[R].2006
- [2] 孙华,龚雪飞,耿晨. 医疗保险异地就医结算管理办法的研究[EB/OL]. 2011-12-14 [2013-06-06]. http://www.jshrss.gov.cn/shbxfww/shbxzx/yblt/201112/t20111214_91698.html.
- [3] 上海市卫生局,上海市卫生局信息中心.上海市卫生资源与医疗服务调查制度[R].2010
- [4] 李芬,金春林,王力男,等.上海市外来就医现状及对医疗服务体系的影响分析[J].中国卫生经济,2012(12):42-45.
- [5] BBC, <http://www.bbc.com/travel/feature/20120828-the-rise-of-medical-tourism-in-bangkok>

(编辑: 高广文)

上海市公立医疗卫生机构人力成本分析

李芬¹ 金春林^{1,2} 王力男¹ 王常颖¹ 吴博生³

【摘要】 本文分析了上海市卫生人力成本筹资机制和各级各类医疗卫生机构人力成本总量、人均水平和成本构成,比较了卫生人员与我国其他行业、其他国家同行业人员工资水平,发现上海市医生以高工作负荷量获得了国际相对水准工资,但劳务价值与期望值仍有差距;各级各类医疗卫生机构人员收入水平差异大,影响了人员队伍稳定性和诊疗结构;工资结构以奖金为主,与创收未脱钩。建议理顺不同级别医疗机构工资水平,构建以技术为导向、与服务定位相匹配的收入分配机制。

【关键词】 医疗卫生机构, 人力成本, 筹资, 分配

卫生人力成本是卫生总费用的重要组成部分,其筹集和分配方式对医疗服务提供者起着行为导向的作用,良好的筹资和分配模式对于实现卫生系统既定目标、提高服务绩效有着积极的作用。人力成本的主体是工资,工资的水平、结构、分配方式等直接影响卫生人员的医疗行为、服务态度以及绩效。本文根据公立医疗卫生机构财务年报,分析了本市卫生人员的人力成本水平、结构,并与国际平均水平进行比较,为制定相关政策提供参考。

一、卫生人力成本的构成及筹资机制

(一) 卫生人员人力成本构成

医疗卫生服务的提供不仅需要卫生技术人员,也需要非卫生技

第一作者:李芬,女,助理研究员,上海市医学科学技术情报研究所、上海市卫生发展研究中心

作者单位:1.上海市医学科学技术情报研究所、上海市卫生发展研究中心,上海 200040

2.上海市人口与发展研究中心,上海 201199

3.复旦大学公共卫生学院,上海 200032

术人员的协助，两者的支出都应计入医疗卫生服务的人力成本。对于医疗卫生机构而言，人力成本分为工资、社会保险缴费、其他相关支出（员工福利等）等三部分。其中，工资是人力成本的主体。医疗卫生机构在我国属于事业单位，从2006年起实行岗位绩效工资制，由基本工资（岗位、薪级）、津贴补贴、绩效和奖金等四部分组成。基本工资主要由学历、现任职称、工作年限等决定，津贴补贴由当地财政根据社会经济发展状况确定，绩效和奖金与卫生人员所在机构的经营状况紧密相关。本文主要分析公立医疗、卫生机构卫生人力成本状况。人力成本数据可以从卫生财务年报获得，与之相关的体现绩效的数据部分从卫生统计年报中获得。

（二）人力成本筹资机制

卫生人力成本筹资机制与医疗卫生机构的补偿政策相关。从当前补偿政策及医疗卫生机构收支结构看，公立医院人力成本主要通过服务收费获得。社区卫生服务机构实施收支两条线，财政投入占比较大，但仍不足以补偿卫生人员成本。

1、公立医院

公立医院卫生人力成本一部分来源于财政投入，一部分来源于医疗服务收费所得。财政补助中可用于补偿人力成本的是在职人员经费补助。上海市对于公立医院投入分成市、区（县）两级，市级医院财政补助金额为医院在编人员国家基本工资的50%，公用经费按照差额事业单位公用经费综合定额标准（1500元/人·年）和在编人员数进行补助。区县对公立医院投入方式主要有两类。一类以在编人员数量为依据，对人力成本进行补偿，如浦东新区等；另一类财政卫生投入由卫生主管部门管理，基本支出部分由其根据医院服务绩效分配，如闵行区等。总体来看，财政投入在医院收入结构

中占比较小。2012年医院人力成本占机构费用的比例为27.6%，人力成本的补偿大部分依赖于业务收支结余的再分配。

2、社区卫生服务机构

社区卫生服务机构实行收支两条线，收支分离。卫生人员成本可分为三部分：一是基本医疗财政投入的基本支出，二是基本公共卫生财政投入的人员经费，三是医疗服务收费所得。2012年，上海市社区卫生服务机构财政补助约占总收入的28.1%，以基本支出为主（约占总收入的21%）。当年，社区卫生服务机构人力成本占机构费用的29.4%，仍有一部分成本通过医疗服务收费补偿。

二、卫生人力成本分析

（一）卫生人力成本概况

1、卫生人力成本总量变化

2008–2012年，上海市公立医疗卫生机构费用（即总收入）从486.4亿元增长到959.5亿元，年均增长率18.5%；人力成本从153.0亿元增长到266.5亿元，年均增长率为14.9%；人力成本占比逐年下降，从31.5%下降到27.8%；人均人力成本逐年升高，从11.8万元增长到19.1万元（表1）。

表1 2008–2012年上海市卫生人力成本总量情况

年份	公立医疗卫生机构*费用 (亿元)	公立医疗卫生机构人力成本 (亿元)	卫生人力成本 占相应卫生总 费用比例(%)	平均在职 职工人数 (万人)	人均卫生人力 成本(万元)
2008年	486.37	153.04	31.47	12.64	12.11
2009年	602.11	167.98	27.90	12.76	13.16
2010年	720.78	196.18	27.22	13.03	15.06
2011年	821.84	234.71	28.56	13.19	17.79
2012年	959.47	266.49	27.77	13.96	19.09

注：*公立医疗卫生机构包括公立医院、社区卫生服务中心、卫生机构（包括行政机构、疾病控制、卫生监督、采供血等机构）3类机构，下同。下文主要分析公立医院和社区卫生服务中心人力成本。

2、卫生人力成本构成及情况变化

卫生人力成本可分为工资、社会保险缴纳和其他相关支出 3 部分，其中，工资支出是卫生人力支出的主体。2008–2012 年，工资支出从 117.0 亿元增长到 195.0 亿元，增长率为 13.6%；社会保险缴费从 24.5 亿元增长到 39.0 亿元，增长率为 12.3%；其他相关卫生支出从 11.5 亿元增长到 32.5 亿元，增长率为 29.5%。从构成来看，在职人员工资占人力成本的 73.2~76.4%，社会保险缴纳占比在 14.6~16.4% 之间，其他相关支出从 7.5% 增长到 12.2%。其他相关支出占比增加主要是因为统计口径调整，近年来上海市加大了对社会化用工人员薪酬的规范，逐步从在职人员工资中剥离出来，使得在职人员工资占比减少、其他相关成本提高。总体来说，卫生人力成本的结构较为稳定（表 2）。

表 2 2008–2012 年上海市公立医疗卫生机构卫生人力成本（单位：亿元）

年份	人力成本	工资收入*	临时工工资收入	社会保险缴费	其他相关支出
2008 年	153.04	116.97	7.82	24.54	11.53
2009 年	167.98	127.50	9.39	27.61	12.87
2010 年	196.18	149.13	12.01	31.06	15.99
2011 年	234.71	177.42	15.36	34.51	22.78
2012 年	266.49	195.04	12.63	38.98	32.47

注：* 工资收入包括在职职工收入与临时工工资，但在计算在在职职工人均工资时仅计算在职职工及对应工资；其他相关支出包括其他工资福利支出、住房公积金、提租补贴和购房补贴。以下同。

3、卫生人力成本机构分布情况及变化

卫生人力成本主要发生在医院且占比逐渐增加。2008–2012 年医院人力成本从 114.7 亿元增长到 211.0 亿元（图 1），其占机构费用的比例从 75% 增长到 79.2%，年均增长率 16.5%；社区卫

生服务机构、卫生机构占比分别从 17.3%、7.7% 下降到 14.8%、6.0%。

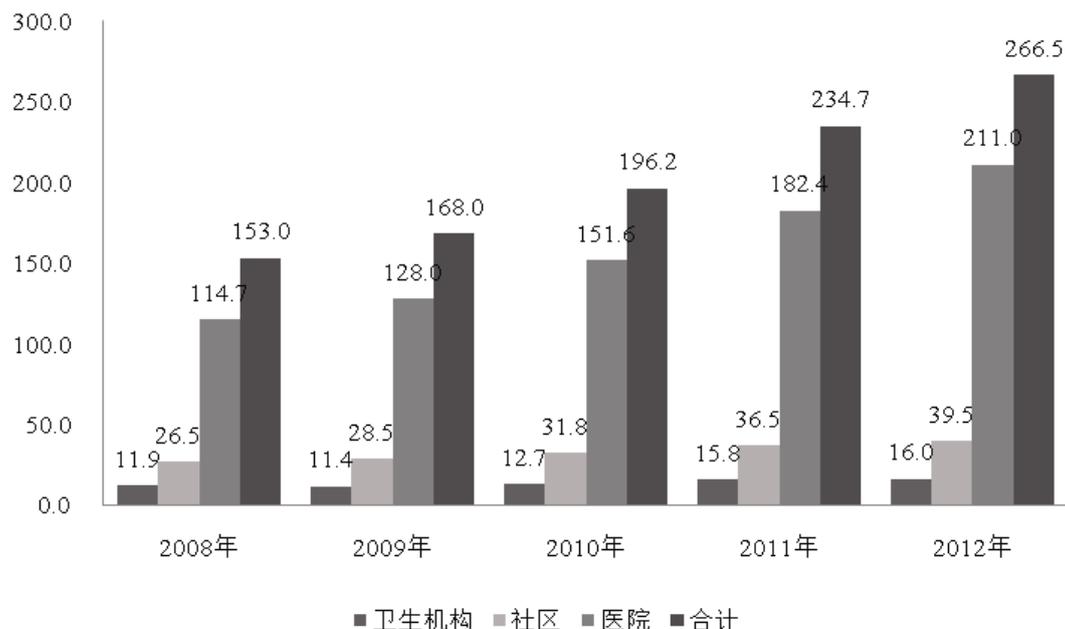


图 1 2012 年上海市不同类型医疗卫生机构人力成本（单位：亿元）

（二）2012 年人均工资水平及结构

1、不同类型医疗卫生机构人均工资水平及结构

根据 2012 年财务报表，不同类型医疗卫生机构人均工资支出从高到低依次是医院、卫生机构和社区卫生服务机构，分别为 14.3 万元、10.4 万元和 9.4 万元；医院中，以三级医院最高（16.7 万元），二级医院为 11.0 万元，一级和未评级医院为 11.6 万元。工资支出中，医院财政投入（财政补助中在职人员经费补助）占比 25.9%，三级医院工资支出财政投入占比最少，为 15.2%，二级、一级和未评级医院达到 33.1% 和 37.0%。财政对社区卫生服务机构的投入分两部分，即在职人员经费补助、基本公共卫生服务补助，两者之和占 59.5%（表 3）。

各级各类医疗卫生机构工资支出均以奖金为主，医院占比为71.8%，其中三级医院占比达76.1%，二级、一级和未评级医院占比也达到60%以上；社区卫生服务机构奖金占比为47.9%。基本工资和津贴补贴所占比例医院平均为27.4%，不同级别医院在23.6%~34.6%之间，社区卫生服务机构占比为34.9%（图2）。

表3 2012年上海市不同类型、级别公立医疗卫生机构在职职工人均工资收入水平及结构

机构类型	人均工资水平（万元）					构成（%）	
	人均工资	基本工资	津贴补贴*	绩效	奖金	财政投入占比	基本工资与津贴补贴占比
医院	14.30	1.85	2.06	0.12	10.27	25.91	27.38
其中：三级	16.68	1.65	2.32	0.01	12.69	15.20	23.59
二级	11.02	2.12	1.69	0.25	6.95	33.15	34.59
一级和未评级	11.61	2.19	1.74	0.71	6.97	37.01	33.88
社区	9.41	1.61	1.67	1.63	4.51	59.54	34.86
卫生机构	10.43	—	—	—	—	—	—

注：*此处人均工资仅计算在职人员数，不包括临时工；津贴补贴包括伙食补助费。

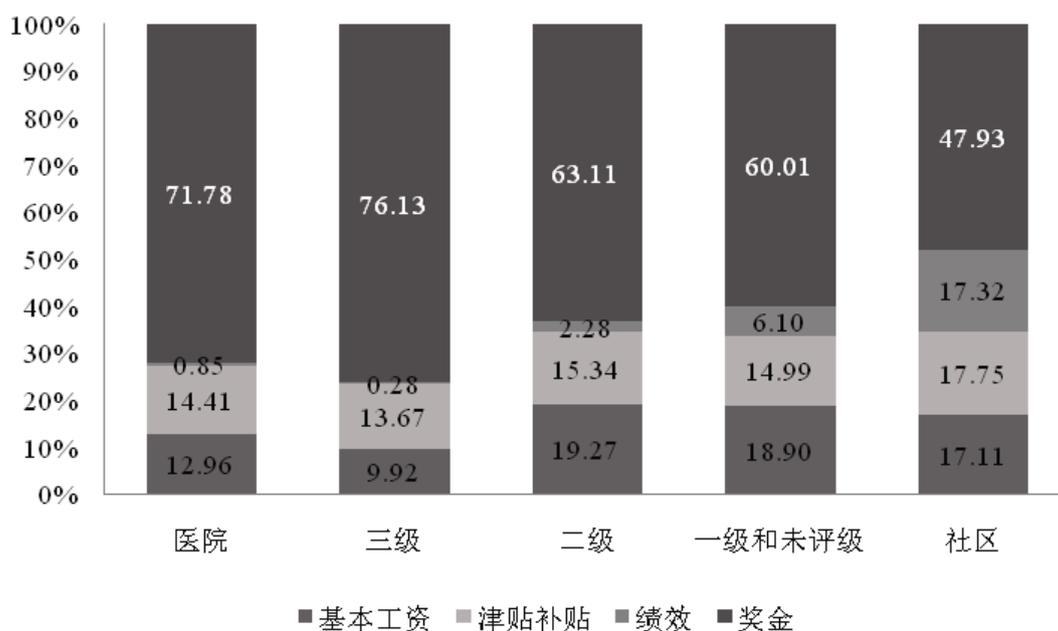


图2 2012年上海市医疗卫生机构工资支出构成

2、不同类型卫生人员工资水平

医院卫生人员收入分布，市级医院高于区县医院、医生的收入高于护士。根据2012年申康医院发展中心下属市级医院医护人员收入比例推测，2012年上海市医生的年人均工资性收入为19.5万元，为全市在职职工年人均工资性收入的3.4倍；其中市级医院医生为25万元，区县医院医生为15.5万元。护士的年人均工资性收入为11.2万元，为全市在职职工年人均工资性收入的2.0倍；其中市级医院护士为14.3万元，区县医院护士为8.9万元。

2010年上海市卫生和计划生育委员会典型调查结果显示，同级别医院收入因业务规模的不同人员收入也存在差异。三级医院收入最高的医院人均医生(中级职称)、护士收入约为最低的医院的2.6倍、2.3倍；二级医院收入最高的医院人均医生(中级职称)、护士收入约为最低的医院的2.3倍、1.7倍；社区卫生服务中心收入最高的医院人均医生(中级职称)、护士收入约为最低的医院的1.5倍、1.3倍。对不同职称级别医生的平均收入进行比较，高级/副高、副高/中级、中级/初级的比例为1.5:1、(1.2~1.4):1、(1.2~1.9):1。

(三) 卫生人员工资与工作负荷量情况比较

上海市卫生人员工资(名义值)增速高于工作负荷增速。2008—2012年，公立医院医生平均每日承担门急诊人次数从11.11增长到14.48，年均增长率为6.85%；人均每日负担床位数从2.45增长到2.61，年均增长率为1.59%。同期医院卫生人员平均工资从9.2万元增长到14.3万元，年均增长率为11.63%。

社区卫生服务机构医生平均每日承担门急诊人次数从20.90增长到25.86，年均增长率为5.47%；人均每日负担床位数从1.43下降到1.28，年均增长率为-2.73%。这与这一时期上海市卫生政策变化

有关，社区卫生服务转向门急诊服务为主，减少了床位；加强了社区卫生服务机构内涵建设，社区卫生服务机构成为基本医疗服务和公共卫生服务的网底，同时实施家庭医生制试点，加强健康管理并提供上门服务。同期社区卫生服务机构人员平均工资从 6.9 万元增长到 9.4 万元，年均增长率为 8.0%（表 4）。

表 4 2008-2012 年上海市不同级别公立医疗机构工作负荷和工资收入变化 *

指标	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	年均增长率 (%)
医生平均每日承担门急诊人次 (人次 / 人 · 天)						
医院	11.11	12.21	12.83	13.91	14.48	6.85
三级	12.42	13.48	14.47	16.04	16.03	6.59
二级	10.66	11.80	12.37	13.13	13.93	6.92
一级和未评级	7.67	8.92	9.35	9.93	9.43	5.30
社区	20.90	23.46	26.59	26.05	25.86	5.47
医师人均每日负担床位数 (床日 / 人 · 天)						
医院	2.45	2.48	2.56	2.6	2.61	1.59
三级	2.25	2.24	2.25	2.28	2.28	0.33
二级	2.70	2.72	2.92	2.89	2.94	2.15
一级和未评级	1.99	2.19	2.42	2.55	2.61	7.02
社区	1.43	1.47	1.45	1.33	1.28	-2.73
卫生人员平均工资 (万元)						
医院	9.21	10.03	11.46	13.72	14.30	11.63
社区	6.91	7.12	7.77	8.92	9.41	8.03

注：* 此表根据卫生统计数据计算。医师平均每日承担门急诊人次 = 门急诊总人次 / 医师总数 / 251 天；医师人均每日负担床位数 = 住院总床日数 / 医师总数 / 365 天。

（四）卫生人员工资与其他行业、其他国家和地区比较

1、与本市其他行业比较

2008-2012 年，上海市公立医疗卫生机构总体工资从 9.3 万元增长到 14.0 万元，年均增长率为 10.9%。同期全市卫生从业人员人均工资从 6.3 万元增长到 10.0 万元，年均增长率为 12.2%，比公立医疗卫生机构高 1.4 个百分点，提示社会办医疗机构从业

人员收入增长更快；社会各行业从业人员人均工资从 4.1 万元增长到 5.7 万元，年均增长率为 8.5%，比公立医疗卫生机构低 2.4 个百分点（表 5）。

2、与部分国家和地区比较

由于欧美等发达国家护士分工较细，除护士人员之外还有大量护工，其工资水平与上海市可比性低，此处主要对医生收入进行比较。结果显示，我国和上海市医生年均收入绝对值处于最低水平，分别为 1.9 万美元和 4.6 万美元。相对人均国民收入倍数，美国、香港地区和英国高，上海市该比例也较高（3.4），中国平均水平为 2.5；台湾地区、日本该比值为 2.1，新加坡最低，为 1.7。这提示上海市医生收入已经达到相对合理的水平；但也可能因为发达国家和地区国民收入体系和结构有差异，人均国民收入普遍较高（表 6）。

表 5 2008-2012 年卫生从业人员人均工资性收入与全市平均收入比较

年份	公立医疗卫生机构人员 人均工资性收入（万元）	卫生从业人员人均 工资性收入（万元）	从业人员人均工资 （万元）
2008 年	9.25	6.29	4.09
2009 年	9.99	6.60	4.28
2010 年	11.45	7.31	4.75
2011 年	13.45	9.01	5.27
2012 年	13.97	9.98	5.66
年均增长率（%）	10.86	12.23	8.46

表 6 上海市与典型国家和地区医生收入情况比较

人员类别	美国 **	香港	英国	新加坡 **	台湾 **	日本	上海	中国 **
年均收入 (PPP*, 万美元)	20.4 ~ 23.4	14.9 ~ 24.5	8.9 ~ 14.3	10.4	8.7	7.6	4.6	1.9
相对人均 GNI 倍数 ***	4.2 ~ 4.8	2.8 ~ 4.6	2.4 ~ 3.9	1.7	2.1	2.1	3.4	2.5

注：* 购买力平价 (Purchasing Power Parity, 简称 PPP)，根据各国不同的价格水平计算出来的货币之间的等值系数，以对各国的国内生产总值进行合理比较。

** 表中此处为 2011 年数据，其余为 2012 年数据。

*** “相对于 GNI 倍数”上海市的数据为与相对于全市在职职工平均工资性收入的倍数。

卫生人员收入在各个国家和地区普遍偏高，与其工作时间、强度有关系。医护人员工作时间长是世界各国的普遍现象，美国医生平均每周工作时间为 51.0 小时，日本医生平均为 53.2 小时，香港医生每周工作时间中位数为 48.0 小时；据 2012 年上海市对 4 家三级医院的调查医生平均每周工作时间是 54.4 小时。从千人口医护人员数与居民年人均就诊次数来看，我国包括上海市千人口医护人员数总体低，特别是千人口护士数低，这与医疗服务模式有关，相较而言，欧美国家许多医生的辅助工作由护士承担，减轻了医生负担。而且上海市医疗资源面向全国开放，当地居民所享有医护人员更少。在卫生人员配置较低的情况下，上海市医疗服务利用频率相对更高，年均就诊次数为 9.0 次，明显高于除日本外的其他国家和地区；年均住院率处于中等水平（表 7）。

表 7 上海市与部分国家和地区卫生资源及利用情况比较

指标	英国	日本	台湾	美国	上海	新加坡	香港	中国
卫生人员配置								
千人口医生数(人)	3.30	2.88	2.53	2.42	2.28	2.25	2.15	1.46
千人口护士数(人)	9.47	4.14	6.62	9.82	2.66	6.39	6.79	1.51
医疗服务利用情况								
居民年均就诊人次(次)	8.2*	13.1**	4.9	4.9**	9.0	—	3.4	4.4*
居民年平均住院率(%)	13.7*	11.6*	14.3	12.5*	11.9	10.7*	26.7	11.3*

数据来源：床位数和执业医师数量来自 World Health Statistics，日本、新加坡、英国执业医师数为报告中执业医师和牙医之和。其他数据来源包括 OECD 数据库、该国（地区）统计报告。所取数为可获取的最新数据，未标星号的数据为 2012 年，标 * 为 2011 年，标 ** 为 2009 年。

三、卫生人力成本主要特征及存在问题

上海市卫生人力成本占比减小，人均工资水平通过近几年增长合理化程度提高，但存在结构分布不合理、分配机制未理顺等问题，

对卫生人员工作积极性、人员队伍稳定性带来了负面影响。

（一）医生以高负荷获得国际相对水准工资，劳动报酬与付出仍有差距

医疗卫生行业培养周期长、工作压力和风险大、劳动时间长且强度大，国际上医生通常为高收入职业。2008—2012年，上海市公立医疗卫生机构人力成本占机构总收入的比重从31.4%下降到27.8%，人均成本从12.1万元增长到19.1万元。医生人均工资水平2012年达到19.5万（4.6万美元，PPP），绝对值水平约为美国、英国、香港的1/4~1/3，日本、台湾地区的1/2，收入绝对值国际比较相对较低；相对GNI的比值为3.4，接近国际平均水准。然而该“国际水平”是以高负荷工作量换来的，将当前工作时间、服务量转换成标准工作时间，那么实际工资水平将下降36%。卫生人员人均人力成本、工资收入上升，而卫生人力成本占机构总收入的比重下降也提示医生收入的提高是通过“扩盘”获得。根据上海市2013年对4家三甲医院医生进行包括工资、考评、培养和选拔、医院管理、工作环境等维度的满意度调查显示，对工资收入的满意度水平最低，认为付出回报比例低。

（二）卫生人员收入水平差异大，影响人员队伍稳定性和诊疗结构构建

卫生人力成本主要发生在医院，且近年来占比逐渐增大，人均收入差异大。不同级别医疗卫生机构之间，高级别医院收入水平远高于基层医疗机构。2012年，上海市医院卫生人员人均工资为14.3万元（三级医院16.7万元），基层医疗机构仅为9.4万元，比医院低34%、比三级医院低43%；同一级别医疗卫生机构，同级职称医生、

护士收入差异达 2 倍，业务收入越高的医院、科室医生收入水平越高。不同机构之间卫生人员收入差距与机构经济运行状况、业务收支结余差异有关，也提示卫生人员收入未与机构收入脱钩。收入差异使得基层、低级别医院难以留住优秀人才，知名专家在三甲医院之间也流动频繁。这带来了三方面负面效应，一是影响卫生人员队伍的相对稳定性；二是收入取决于机构运营，从业人员缺乏较为明确的职业预期；三是优秀人员的高度集聚将加剧医疗服务体系的“倒三角”，不利于整体医改目标的实现。

同一医疗卫生机构，不同职称卫生人员之间收入已经拉开一定差距，根据典型调查结果，职称每提升一级，工资收入提高 20 ~ 40%，该收入差距具有合理性，但需要关注初、中级职称人员的待遇。初、中级职称卫生人员无论在医疗、教学、科研、值班和加班等方面都承担了大量工作，工作时间更长，强度也非常大。

（三）卫生人员工资结构以奖金为主，强化了创收、弱化了公益性导向

卫生人员的收入结构以奖金为主，医疗机构级别越高，奖金所占比例越大，三级医院达 76%，社区约为 48%。从筹资来源看，医院人员收入主要来源于服务收费，在职人员财政经费补助占比不到 26%；社区卫生服务机构人员收入财政补助占比较高，将近 60%。这与当前公立医疗卫生机构补偿机制是一致的。公立医院人员工资主要来源于服务收费，这就决定了其工资水平取决于业务收支结余，工资结构以奖金为主。院方为鼓励创收、提高服务积极性，收入分配往往采取“多创收多得”的方式，这是造成不同机构之间工资水平差异大的根源，导致医疗服务提供过程中“趋利”、“创收”的内

在动机。另一方面，根据医院成本核算结果，护理费、诊疗费、床位费等技术劳务项目收费价格普遍低于成本，化验、检查等医技类项目价格大部分高于成本。此外，药品和高值耗材加成仍然是许多医院补偿成本的重要途径。可见，医院“创收”不直接与医务人员技术价值关联，与创收能力挂钩的卫生人员收入分配方式，弱化了公立医疗卫生机构“公益性”导向。

四、政策建议

卫生人力成本占机构费用的比例、卫生人员人均工资水平及分配方式直接影响医疗卫生服务提供的积极性和效率。制定符合医疗卫生服务体系特点、体现卫生人员价值的工资分配体系对于调动服务积极性、维持队伍稳定非常重要。

（一）理顺卫生人员工资水平，建立动态调整机制

公立医院卫生机构属于国家事业单位，工资制度设计应该符合国家收入分配体系框架，工资水平的设定应既要体现医疗卫生服务行业特点，又要与社会经济发展水平相适应、与其他行业收入水平相协调。对公立医疗卫生机构工资体系设计，首先要设定卫生人员人均收入水平。上海市医生工资水平通过近几年的增长，相对于人均 GNI 的水平基本达到了国际水平。但这一水平的维持是通过扩大服务量、高负荷劳动获得的，全市层面缺乏工资水平线及增长机制方案。建议以当前卫生人员收入水平与全市从业人员平均工资水平的倍差为基础，按比例推算社会保障及其他福利支出，得出医疗卫生机构人力成本的指导线。同时，根据从业人员人均工资水平、医疗服务数量和质量等因素，建立动态增长机制。二是系统设计不同类型、级别医疗卫生机构收入水平级差。建议建立符合医疗服务机

构功能定位、有利于有序诊疗体系构建的梯度工资制度。目前不同级别医疗卫生机构收入差距较大，不利于强基层目标的实现，建议提高基层医疗卫生机构卫生人员工资待遇，缩小不同级别间的收入差异。三是合理控制同级别医疗卫生机构收入水平差距。同级别医疗卫生机构，其服务定位相同，收入差距不应过大，宜托底限高。

（二）构建以技术为导向、与服务定位相匹配的收入分配机制

构建以服务、技术为核心的筹资和分配机制。卫生人员收入不取决于创收能力，应在整体的工资体系框架下，根据工作量、服务效果等考核结果相挂钩的收入分配机制。建议财政补助要充分体现公益性导向；通过服务收费渠道获得的卫生人力支出应主要体现其劳动付出、技术价值，切断医生与药品、检查等项目的利益链，其重塑医院、医生与患者之间的利益关系。同时，提高诊察费、护理费、手术费等不易诱导、体现卫生人员技术价值的收费价格。

不同级别医疗卫生机构的功能定位和服务特点有差异，工资分配、绩效考核体系设计应符合机构特点。社区卫生服务机构作为医疗服务体系的网底，承担着基本医疗和公共卫生服务两大任务，应鼓励其提供有效服务，工资收入应根据服务量、签约居民健康结果考核情况确定；而高级别医院，特别是三甲医院，其功能定位治疗疑难杂症，收入分配机制设计应更加注重内涵，加大技术要素在分配中所占比重，例如，重症患者收治率、治愈率等，促进三甲医院发展模式转变。

（三）推进相关配套政策的改革

构建科学、合理的卫生人员成本、工资分配体系，有赖于相关配套政策改革的推进。首先，要建立梯度的诊疗体系，各级医疗卫

生机构形成有序的分工、协作机制，合理地确定工作量，基于工作量和效果服务的工资体系才能完全发挥激励作用。其次，进一步调整公立医院补偿机制、价格体系，如此，技术劳务收费才能补足卫生人员人力成本，卫生人员成本、工资收入与药品、耗材加成所得脱钩的制度才有实施的可行性。再次，要注重非经济因素对卫生人员的激励作用。卫生人员往往怀着济世救人的理想，职业平台和发展对卫生人员也有重要的影响。在上海市在郊区新建三级医院之际，医生更愿意留在母体医院而不愿意去郊区，母体医院的名气、科研平台、教学平台、技术交流平台对医生有着巨大的吸引力。在社区卫生服务机构的调研过程中发现，评选出来的“十佳家庭医生”等对职业的荣誉感和忠诚度更高。建议重视非经济因素对卫生人员的激励作用，与经济因素相辅相成，共同发挥提高卫生人员积极性的作用。

（编辑：彭颖）

新加坡医疗卫生体系的概况及借鉴启示

上海市卫生与计划生育委员会系统管理骨干培训班团组*

【摘要】 本文详细介绍了新加坡卫生体制在医疗服务、公共卫生、健康教育、老年护理、医疗保健等方面的成功的经验和做法，同时结合上海市的医疗改革实际情况，提出相关的借鉴启示，以为本市医改政策提供域外经验。

【关键词】 医疗服务；公共卫生；健康教育；老年护理；医疗保健

2013年11月4日至24日，由上海市卫生和计划生育委员会组织的上海市卫生与计划生育委员会系统管理骨干培训班在新加坡国立大学李光耀公共政策学院接受管理培训，本文在学习培训总结的基础上对新加坡医疗卫生体系的改革措施进行了整理，以期对本市医疗卫生体系模式的改革有所裨益。

一、公共医疗卫生与健康保障机制

(一) 卫生体制架构与管理模式

新加坡卫生体制管理实行一级政府管理，即卫生部统一负责全国卫生管理，主要承担监管、服务策划、系统设计及管理、医疗服务采购的职责。卫生部下设三大类附属机构，包括法定机构、专业理事会和卫生部控股机构。

1、法定机构。包括保健促进局、卫生科学局。保健促进局以营造人人健康快乐的新加坡为愿景，致力健康促进、疾病防范以及病人教育，并促成本地医疗机构和国际机构的合作。卫生科学局是新

* 培训班团长：许铁峰，培训团成员（按姓氏拼音排列）：贝文、丁晓毅、冯爱成、顾丽萍、高围激、高源、黄铮、居漪、刘琨、倪元峰、施裕新、唐文娟、王彤、肖涟波、叶志斌、张斌、郑鹏翔、钟蔚芝、钟彦

加坡卫生部在药品审评中心、科学和法医学研究所、国家医药管理局、产品法规司和新加坡红十字会输血服务中心等五个专门机构基础上整合而成的法定机构。

2、专业理事会。 下设医药理事会、牙医理事会、药剂师理事会、中医管理委员会和护士管理委员会，从事相应的专业管理。

3、卫生部控股机构。 包括企业化医院、综合诊疗所和专科中心，主要承担6大区域医疗集团的管理。6大区域医疗集团即亚历山大保健集团、国立健保集团、新加坡国立大学医疗保健集团、裕廊保健集团、新加坡保健服务集团、东部医疗联盟。

（二）医院运营模式

在历史上，新加坡所有公立医院都由政府拥有并经营，1985年政府将“指导性竞争”引入公立医院体系中，开始进行医院企业化管理改革。新加坡的医院企业化管理改革是将新加坡各公立医院重组为企业实体，医院的管理权从政府卫生部、财政部转移到公司和医院。重组后政府不再负责医院的开支，而是直接补贴住院和门诊患者，同时，政府也不再收缴医院的收入。重组后的集团按公司法设立公司，具有人力资源管理和财务收支的经营决策权。集团设立董事会，建立以公立医院为核心，以周边综合诊所、社区医院、养老院为支撑的医疗集团。目前，新加坡的六大区域医疗集团借助电子网络全面实现了全岛区域医疗系统建设，包括4个区域医疗系统和4间学术医疗中心（AMC），并提供跨区域服务（AIC）。

（三）监管与评估体系

新加坡构建了由卫生部、医院、健康管理机构和董事局组成的管理框架，通过全面的问责制度、定期参与对话会议来校准规划工作。

政府配套出台“医疗保健的国家标准”、国家卫生系统各阶层积分卡制度，规范对医疗机构的绩效评估管理，在医院企业化的运作中起到了十分重要的监管作用。

（四）医疗服务体系

新加坡设立由政府津贴的公共社区医疗，政府提供基层医疗、医院治疗和中期长期护理三级医疗服务，这些服务由私立（Private）、公立（Public）和民间团体（People）组成的“3P”医疗机构提供，在此基础上形成上述的六大区域医疗集团。

（1）基层医疗

新加坡基层医疗包含预防保健及健康教育两大部分。基层医疗服务主要由 2452 家西医诊所、641 家非西医诊所、625 家牙科诊所提供，其中有 18 家政府综合诊所（Polyclinics）。每家诊所均提供价格适中的一站式服务，包括门诊治疗、出院后的后续跟踪访问、免疫接种、健康筛查、保健培训及配药服务等。基层医疗服务中 80% 的服务由私人诊所提供，另外 20% 的服务由政府综合诊所提供。政府利用价格杠杆鼓励人们去诊所而非医院看门诊。

（2）医院诊疗服务

新加坡现有 7 家公立医院（包括 5 家综合性医院、1 家妇女儿童医院和 1 家精神病医院）。综合性医院提供住院治疗、专科门诊和 24 小时急救服务。另外还有 6 家全国性的专科中心，基本代表了新加坡最高医疗和研究水平。在住院医疗服务中，公立医院提供其中 80% 的服务，剩余 20% 由私立医院提供。

（3）中期及长期护理

中期与长期护理指的是急症入住医院的病患在病情稳定后所需

的一系列医疗服务。对于需要中期与长期医疗的新加坡居民，有多种居住型和社区型医疗服务方式供选择，包括社区医院、慢性病医院、护理中心、家庭医疗及精神康复中心等，多达 300 余家。其中，70% 的中期与长期护理服务是由民间社团即自愿福利团体（VWO）提供，30% 由私人机构提供。

此外，新加坡通过与合作伙伴和相关利益方的合作，为病人提供综合性护理服务。综合护理的建立就是为了帮助病人快速转诊。前述的六大区域医疗集团中，每一个区域性医疗服务集群的建立都通过一家区域性医院与一系列的基本护理、中长期护理机构合作产生，这些医疗服务集群提供以病人为核心的护理服务。

（五）医疗保健体系

新加坡目前推行的医疗保健体制可以被简单描述成“一个基本思想（即保障健康人人有责）、两项基本原则（即负担医疗成本基本是个人和家庭的责任，但是社会和政府会照顾有需要的国民；病人需要自付部分费用，避免过度消费医疗资源）、三个“M”计划（即公积金保健储蓄户头、健保双全保险计划、保健基金）”。

3M 基本医疗保险体系，主要是在政府的主导下，实行保健储蓄（Medisave）、健保双全（Medishield）和保健基金（MediFund），同时，政府提供一定的医疗津贴，以确保本国国民均能享有良好的医疗保健服务。

保健储蓄是个人缴纳、国家管理的基金，用于支付医疗费用中个人支付部分，同时家庭成员内可以共享；健保双全计划是一项大病医疗保险计划，规定会员以公积金保健储蓄账户的存款投保，确保会员有能力支付重病治疗和长期住院而保健储蓄不足的费用；保

健基金计划是由政府援助在保健储蓄计划、健保双全计划外仍无法支付医药费的贫困者。保健储蓄计划、健保双全计划是社会保险计划，而保健基金计划是社会救助计划，政府通过三个计划的有效运转，建成了健全的医疗保障网。2008年起，上述3个计划在中长期护理中广泛实行。

新加坡“3M”体制具有明显的积极作用，通过实施保健储蓄、健保双全和保健基金三项医疗付费方式，形成三重医疗保障安全网，不论公务员或私人企业雇员，都将有能力负担自己和家庭的医疗保健费用，从而得到基本的医疗保障。但是“3M”的缺陷在于保健储蓄对穷人和失业者作用有限。据统计，大约有8%的新加坡国民没有保健储蓄积累。

此外，新加坡政府还向公立医院提供医疗津贴。这种医疗津贴大致分为两类：一是基本的门诊费用，由政府综合诊所提供。二是住院费用。政府对公立医院按病房(除A级病房)等级提供医疗津贴，病房等级越低，医疗津贴越高。

(六) 医疗卫生专业技术人才的培养

新加坡长期重视医疗卫生研发投入，旨在成为研究密集型国家。

1、雄厚的医学人才储备

新加坡之所以能提供高质量的医疗服务，得益于丰富的专业人才储备。为确保医疗卫生行业的高素质、高效率服务，新加坡对医学人才培养实行严格的总量控制。目前，全国每年招收医学生500人。政府每年提供宽裕的奖学金，让成绩优秀者去海外名校完成学业，然后回国服务；新加坡国立大学医学院是主要的医学人才培养地，中央医院和国立大学医院是学术研究型医院，担负着主要的科研任

务，政府还从海外吸收各类医学领域专家来此讲课或研究。

2、强大的医学科研力量

近几年，新加坡在生物医药科学领域已建立起强大的科研力量。从2006年7月起，伴随着临床研究及产业化的聚焦发展，新加坡生物医药科学的发展已进入了第二阶段。此外，各医院及6个专科中心均从事各类尖端研发活动，旨在进一步发展创新高端治疗手段及疗法。此外，卫生部还设立了临床医学家研究奖，以表彰那些为将基础科研推广到临床应用作了杰出贡献的医生或科学家，对新加坡国内的医药研发产业化起到了相当大的促进作用。

二、公共卫生管理与人口老龄化应对

（一）健康教育与健康促进

新加坡政府十分重视健康教育，强调“健康保健是公民的责任”。卫生部下设保健促进局，以“帮助国人掌管自己的健康为己任，并致力促进人民的健康，以便能够达到最佳状态”为使命，进行健康相关政策开发、健康生活方式倡导、各种疾病预防保健知识的宣传教育等工作。政府规划了2020健康生活总蓝图，包括均衡营养、体育活动、心理健康、健康检查、无烟生活及免疫计划，贯彻健康生活，提倡政府及全社会共同参与。同时，新加坡对关系到人们的生活、居住、环境和健康等切身利益的卫生常识都加以立法并严格执行。

（二）慢性病防治和老年护理

在新加坡医疗保健面对的一系列问题中，慢性病增长和老年护理需求增高最为突出，为了解决这两个问题，新加坡政府通过以下几个方面进行统筹。

1、制定完善政策法规。新加坡政府十分重视养老事业。为了防

止越来越多的老年人家庭出现“空巢”、“独居”现象，政府专门制定了一项关于购买组屋的优惠政策。目前，新加坡已婚子女与父母合住同一组屋或同一组屋区的住户已达41%左右。政府还在全社会鼓励年轻人赡养父母、照顾老人。新加坡国会于1995年颁布的《赡养父母法令》，成为世界上第一个为“赡养父母”立法的国家。1996年，政府设立了赡养父母仲裁法庭，对歧视老人，不承担养老义务甚至残害、遗弃老人的人予以法律制裁。1999年，通过了《老人院法令》，对老人院的设立、标准、审核、管理等问题，均作了明确的规定。同时，为鼓励儿女与老人同住，政府还推出一系列津贴计划，为需要赡养老人的低收入家庭提供养老、医疗方面的津贴。1993年以来，已经先后推出4个专门敬老保健金计划，每次计划政府都拨款5000多万新元，受惠人数达17-18万。

2、多渠道筹集经费。随着经济的不断发展，新加坡通过“3M”医疗保障计划的有效运转，形成了健全的医疗保障网。2009年推出了国家年金计划，由公积金局负责执行，退休人员可以将公积金退休储蓄转为购买年金，由公积金局每月发放，直到去世为止。另外，鼓励家庭成员减少的老年公民和永久居住者将大面积组屋进入二级市场出售，然后购买小面积居住，利用其中的差价养老。在支付医疗费用方面，“3M”基金基本覆盖了医疗费用，个人现金支付额较少，同时规定，病人在政府办的基层医院住院只需缴纳15%的住院费，无能力缴纳者可向政府申请补助或申请全免，60岁以上老人在公立医院看病只需缴纳一般的门诊费和药费。

3、实施老年病、慢性病管理计划。新加坡的医疗保健政策强调通过预防性保健计划及健康生活建立健康人口，通过健康教育，强

调每个人应当采取健康的生活方式并对自己的健康负责。2011年起，为延长国民的健康寿命，提高老人的生活质量，新加坡的健康促进局推出了针对60岁以上老人的一站式健康检查服务。到2015年，这种健康体检计划将在新加坡所有的社区得到普及。

4、完善人员配置和储备。随着人口老龄化的加剧，养老院的床位也是一床难求。为了增加养老机构以满足需要，新加坡正面临老年护理专业人员和资源的短缺。为此，政府在相关学校开设老年护理专业，吸引国内外青年参与养老和老年护理事业，并规定青少年在其学习过程中需要有一定的时间参与社区的公益活动，客观上减少了老年中心的人员聘请；另外，政府还组织专业人员对现有的护理人员、保姆、家属和志愿者进行免费培训，增强护理能力，有效解决了养老机构的聘员工人数缺口。

5、设立相关组织机构。2008年重新整合形成的六大区域医疗系统，整合了区域内的综合性医院、专科医院、社区医院、慢性病院、疗养院、临终关怀医院，通过互相转诊、协同发展等方式通力合作，对老年人提供综合治疗和护理，并针对老年化程度的提高，增加和强化了社区医院、慢性病院、疗养院建设和管理。新加坡政府对养老机构实行直接投入，加强对养老院的管理指导，成立了家庭和老年理事会，专门制定了养老院管理法案，大力扶持养老机构，鼓励养老设施建设。政府作为投资主体，提供90%的建设资金，对养老机构各项服务运作成本提供不同的津贴。实现“双倍退税”的鼓励政策，允许国家福利理事会认可的养老机构面向社会募捐等。在福利服务和设施投入方面，投资建成专门照顾生病老人的8个家庭护理组织、6个社区医院、60个疗养院。截至目前，新加坡政府资助

的日间护理中心有 22 个、老年人活动中心 41 个，还计划进一步增加老年人活动中心。同时，新加坡政府还高度重视调动社会力量做好老年人工作。据统计，新加坡共有 40 多家社会力量兴办的慈善养老院、30 多家试运营的养老院、300 多家社会团体组织成立的乐龄俱乐部。在新加坡各类养老院收养的 60 岁以上老人中，公立养老院收养的老人仅占 12.1%，而其他社会力量经营的养老院收养的老人占 87.9%。多元化养老机构的建立完善在更高层次上提高了老年人的幸福指数。

6、应用信息和科技技术。新加坡用 RFID（Radio Frequency Identification，射频识别）标签增强对老年人的护理，其核心为一种采用 RFID 技术的跟踪系统，该系统可以捕捉到职员或义工探望老年人的时间，有利于确保职员和志愿者的最优配置。事件标签将由 RFID 阅读器读取，它可以捕捉到如摔倒或要求医疗保健之类的信息，不仅可以满足妥善照管看护老年人的需要，而且还将有效地节省时间，提高失去独立生活能力、需要被照顾的人士，以及他们的看护者的生活质量。

7、充分动员社会和慈善组织的力量。政府将扶老助老视为一种社会时尚，鼓励和支持社会和慈善力量积极参与扶老工作。政府公务员和议员主动参加社会公益活动。如新加坡最大的慈善基金会之一杨氏基金会，60 年来每年持续拨款资助各类社会活动，接济社会贫民和孤寡老人；邵氏基金会每年拨款 15 万元度岁金（中国人称为“压岁钱”）给 3000 名老年人。2012 年，淡马锡关怀基金会拨款 65 万新元给日间护理中心改善设施，设立护理奖学金，支持日间护理中心工作。

三、对上海医改的启示与建议

通过系统学习新加坡在医疗卫生体制改革和医疗保健等方面的具体做法和成功经验，有助于提高对本市医改工作的认识和水平。本文在认真总结新加坡成功经验的基础上对本市的医改提出初步的政策建议。

（一）医院管理体制要注重顶层设计，探索区域医疗集团建设

新加坡医院管理体制模式采取的是企业化运作的法人负责制，卫生部赋予医院独立自主经营的权利，但也牢牢加强对其监督管理。新加坡通过组建区域性医疗集团来实现公共医疗保健体系的发展。在区域性医疗集团重组中，注重增强各机构间的合作，形成了一个良好的公共领域企业管治框架。

上海医疗卫生保健服务经过多年的发展，已经形成良好的品牌效应和扎实的社会基础，并拥有强大的物质和社会保障基础。鉴于此，上海医疗改革深化推进过程中，可以从顶层设计，探索实行以病人为中心、以公共医疗为主体、以各类基层医疗和长期护理服务为支撑、并吸引民营资本和社会组织参与的公共健康保障体系。政府要逐步均衡布局优质医疗资源，以三级甲等医院为核心，联合周边地区的地区医院、社区卫生服务中心、综合型诊所、养老院、康复中心等医疗机构，组成区域性医疗联盟。联盟内部整合服务、采购、转诊，共享设备、床位和电子病历，发挥综合效应和规模经济。各联盟之间允许存在有序竞争，共同提高。政府利用价格机制鼓励门诊到地区医院和社区卫生服务中心，急病、大病转诊到三级医院治疗，建立双向转诊制度。推动医疗机构合理分工，资源有效利用，病人有序分流。这中间也要注意避免因医疗集团重自身利益、轻病人健康

而引起的医疗垄断问题，在确保医疗质量的前提下，鼓励各区域医疗集团之间的相互转诊。

(二) 加速地区医疗信息化进程，合理推进医疗保健服务建设

新加坡广泛应用电子政务，在医疗保健系统，目前已初步以电子病历交换系统连接所有公立医院、综合诊所和社区医院等医疗机构。同时医疗机构已普遍使用电子病床管理系统等。此外，为了控制医疗费用，新加坡卫生部维持高透明度的医疗保健系统，对各医院提出强制性要求，医院必须公开各级病房、各项治疗的平均收费，以及医院接收各项治疗的数量。

在过去的几年中，上海医院信息化建设已经取得良好成果，在全国处于领先地位。面向未来的十年、甚至是二十年后的需求，建议首先由政府牵头重点建设覆盖公立医疗机构的电子病历交换系统(EMR)；其次，围绕电子病历交换系统，可以同步配套患者门户、全科医生和生态合作伙伴门户、自动化输送系统、呼叫中心、辅助系统等。

同时，上海卫生人力资源信息管理的建设也应当得到重视。信息时代，管理实践与信息技术是密不可分的，先进的信息技术应用于政府主管部门不仅仅是为了解到目前卫生医疗机构的人力资源情况，更重要的是为主管部门提供关于上海卫生事业长期发展规划的有效数据，成为管理层的决策支持者。因此上海作为一个国际化大都市，要完成建设亚洲医学中心城市之一的战略目标，应该依托人力资源管理信息化建设，也是必然选择。

(三) 开拓医学教育培训国际化视野，建立可持续人才高地战略

新加坡政府十分重视医学专业人才储备。政府深知医疗人才是

医疗服务业发展的核心资源和制约瓶颈，只有具有国际水准的人才才能带来国际医疗和高端医疗。

上海医疗人才总量相对过剩，但国际人才的结构也严重不足，还没有形成一批具有国际知名、能够带领各学科领域可持续发展的领军人才，公共卫生、急诊医学、康复医学等领域高端人才尤为匮乏。部分专业人才紧缺难以满足卫生服务需求的发展。随着本市医疗卫生需求的快速增长，公共卫生学科和人才整体发展相对滞后于临床学科，与特大型城市对公共卫生服务的要求不相适应。老年护理、精神卫生、院前急救等卫生服务需求凸显，医务社工、护理员、急救员、康复治疗师等新的人才需求日益扩大，培养和储备不足，卫生人才整体水平与发展目标不相适应。建议进一步加强医学教育，开展多元化的医学培训，并加大住院医师规范化培训工作。

另外，在如何吸引和留住人才方面，新加坡的一些成功做法也值得借鉴学习。(1)关注人才需求的变化，加强对人才需求的预测。(2)人才引进、开发的方式要多样化。(3)注意对人力资源政策的反思、检讨，使政策更具前瞻性、吸引力。(4)要高度重视搭建能够容纳众多人才特别是高级人才的“载体”。

(四) 逐步放开本地医疗市场，适度鼓励国际医疗和私营医疗

新加坡政府在推进医疗保健服务体系建设过程中，让公立医院和私营医疗机构在市场中相互竞争和牵制，最终实现国家保健体系的完善。上海要探索逐步放开医疗市场，应适度发展国际医疗和私人医疗。新加坡的成功经验启示我们，国际医疗的发展不仅可以增加供给，强化竞争，满足国际患者需要，而且国际医疗的服务模式会对基本医疗形成示范效应和引领作用，促进基本医疗、私

人医疗共同发展。适度发展国际医疗需要引进国际品牌和管理做增量，引进国际资本或社会资本做增量，引进国际医疗人才和联合培养人才做增量。这样可以有效减轻政府压力，同时也有助于提升公立医疗保健体系质量。

（五）加强社区公共卫生建设，鼓励中长期护理事业的发展

随着人口老龄化的加剧，各种慢性病的管理成为各国政府新的挑战。新加坡以政府为主导，建立以病人为中心的区域医疗集团或联盟，一方面减轻了医疗资源过度消费、缓解政府压力，另一方面也激活了社会资源、提升了国民健康素养。

上海的老龄化问题日益突出，养老、护理服务方面的需求压力将会越来越大，因此，必须加快建立健全可持续运行的社会化养老、长期照护服务体系，积极发展商业护理保险，以减轻人口老龄化带来的养老和护理压力。具体而言，政府要从政策支撑、能力培养、资源整合、队伍建设等方面加以规范实施。

1、政府要加快政策制定，战略性规划养老事业。上海目前老年人口约占23%，并以每年0.5%左右的速度递增，做好养老工作已刻不容缓。通过政策制定，保障经费筹措和持续保障，加大医护人员培训和机构设立与管理等，建立包括家庭养老、民间团体组织养老、机构养老和社会养老相结合的综合养老机制。

2、多渠道吸收资金保障养老，逐步健全完善养老和护理保险机制。上海有比较完善的基本养老保险和基本医疗保障制度，但尚未建立合理、可行的老年护理保险制度，基本医疗保险不包含老年护理费用，养老费基本靠个人积蓄和子女们资助。建议探索建立由政府主导的社会化老年护理保险制度，政府和个人共同承担，并鼓励

和支持保险企业参与。

3、积极规划以病人为中心的区域化医疗集团。积极探索研究各级医疗机构、养老机构、慈善机构的规划和配置，采用市场化和政府监管指导相结合的方式，探索发挥企业、慈善和私人等社会力量在养老护理产业中的作用，同时加强养老、护理服务队伍建设，利用市场机制为老年人提供更为丰富更加优质的服务途径，便于老年人就近入住养老网点、就近得到照顾，避免一床难求和简陋、低级、低效的养老窘境。

(六) 加大医疗保障制度体系建设，大幅度提升全民健康素养

新加坡的医疗保障制度，曾被一些国际机构和学者誉为“公私兼顾和公平有效”的医疗保障制度。基于上海社会经济发展水平和社会结构，新加坡的三重医疗保障制度和多元医疗筹资模式具有一定的借鉴意义。

1、立足市情，不断完善保健服务体系。上海要建立新型的医疗保障制度，应考虑不同地区、不同部门和不同阶层的差异，切实规划和实施适合本市情况的医疗保障制度，确立基本医疗保障制度的适度目标，着眼于实现人人享有基本卫生保健服务的目标。可以学习借鉴新加坡经验，逐步将现有养老金、住房公积金、医疗帐户纳入统一的社会保障体系中，完善保健服务体系，以便统筹管理和提高资金效率。

2、坚持公共医疗的公益性质和政府主导地位，严格监督管理。新型医疗保障制度要确立国民必须对自己的健康负起责任的认识，逐步形成由个人、社会、政府共同承担医疗费用的模式。政府应加大对医疗行业的监管，最大限度地发挥医院的整体效能，把全

面保障医务工作者和患者的权利落到实处。

3、树立服务意识，逐步适当引入市场机制。探索实行医疗机构费用公开化，促进医疗卫生资源的合理配置，不断完善有利于人民群众及时就医、安全用药、合理负担的医疗卫生制度体系，不断提高医疗卫生服务的水平和质量。

4、普及健康教育。对全民进行健康教育，尤其针对不同年龄组制定不同的健康教育计划及具体内容、方法及形式等，树立个人健康自己有责的保健理念。健康教育从小抓起，并随着年龄增长不断接受宣传指导，从而提高全体国民的整体健康水平。

（编辑：吕伟波）



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China